

限度額適用認定申請書

第110条の5様式

組合員証記号番号又は個人番号										所属所名		
記号	5	0	3	番号		1	2	3	4	5	○ ○ 市	
個人番号（記号番号を記入した場合は不要）												
組合員	氏名	共 済 太 郎					生年月日	昭和 平成	△△年 5 月 5 日			
	申請日の属する月の前月の標準報酬月額							280,000 円				
適用対象者	氏名	共 済 花 子					続柄	配偶者				
	生年月日	昭和 平成	△△年 6 月 5 日				性別	男 ・ (女)				
適用対象者の住所		前橋市元総社町335-8										
療養(診療)期間		平成 △△ 年 4 月から										
<p>上記のとおり申請します。</p> <p style="text-align: right;">群馬県市町村職員共済組合理事長 様</p> <p style="text-align: right;">平成 △△ 年 4 月 10 日</p> <p style="text-align: right;">住所 前橋市元総社町335-8</p> <p style="text-align: right;">申請者 氏名 共 済 太 郎 (印)</p>											<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">申請日の属する月を記入</div>	
<p>上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。</p> <p style="text-align: right;">平成 △△ 年 4 月 10 日</p> <p style="text-align: right;">職名 ○ ○ 市長</p> <p style="text-align: right;">所属所長 氏名 赤 城 一 郎 (印)</p>												