

# 限度額適用認定申請書

第110条の5様式

組合員等記号・番号又は個人番号											所属機関名		
記号	5	0	3	番号			1	2	3	4	5	〇 〇 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									
適用対象者	氏 名	共 済 花 子					続 柄	長 女					
	生年月日	昭和 平成 令和	△△年 6月 5日				療養 (診療) 期間	令和 △△年 4月から					
上記のとおり申請します。 群馬県市町村職員共済組合理事長 様 令和 △△年 4月 10日 住所 前橋市元総社町335-8 申請者 氏名 共 済 太 郎													
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。 令和 △△年 4月 10日 所属所長 職 名 〇 〇 市 長 氏 名 赤 城 一 郎													