

決 裁	保険課長	係 長	係

## 限度額適用認定申請書

組 合 員 証 記 号 ・ 番 号		—	(注1)	
組 合 員	氏 名		所 属 機 関 名 称 (所在地)	
	標 準 報 酬 月 額		万円	
適 用 対 象 者	氏 名			
	生 年 月 日	年 月 日	続 柄	
	住 所			
必要な期間 (注2)(注3)		年 月 ~	※ 有効期限は発効日の属する年度の年度末まで (年度途中で資格喪失となる場合を除く)	
<p>上記のとおり申請します。</p> <p style="text-align: center;">山口県市町村職員共済組合 理事長 様</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">〒</p> <p style="text-align: center;">組 合 員 住 所</p> <p style="text-align: center;">氏 名 <span style="float: right;">㊟</span></p>				
<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: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">所属所長 職 名</p> <p style="text-align: center;">氏 名 <span style="float: right;">㊟</span></p>				

(注1) 組合員証記号・番号が不明なため該当欄に記入できない場合は、共済組合が定める「個人番号申告票」の添付に代えることができます。

(注2) 記入がない場合は、原則として申請月の初日から有効となる限度額適用認定証(以下「証」という。)を発行します。

(注3) 1年度分につき1枚の申請書を提出してください。  
なお、4月1日から有効となる証については、前年度の3月末までに申請を受付けたものを当該年度の4月1日(休日の場合はその翌日)に発行するものとし、以降は随時発行するものとします。