

# 共済組合限度額適用認定証交付申請書

所属機関	名称				所在地			
組合員証記号番号	—				標準報酬月額(注) 2		円	
組合員の氏名					生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日		
認定を受けようとする者 (注) 1	氏名				生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日		
	性別	男 ・ 女			組合員との続柄			
入院期間(認定を受けようとする者の入院により限度額証が必要なとき、記入してください。)	入院予定年月日				退院予定年月日			
	令和 年 月 日				令和 年 月 日 ・ 未定			
(共済組合使用欄) 所得区分	ア	イ	ウ	エ	認 定 期 間	発効年月日		有効期限
						令和 年 月 日	令和 年 月 日	
<p>上記のとおり申請します。</p> <p style="text-align: center;">新潟県市町村職員共済組合理事長 様</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">住所</p> <p style="text-align: center;">組合員</p> <p style="text-align: center;">氏名 <span style="float: right;">⑩</span></p> <p style="text-align: right; font-size: small;">本人自ら署名する場合は、押印不要です。</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;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">職名</p> <p style="text-align: center;">所属所長</p> <p style="text-align: center;">氏名</p>							所属所受付印     	

(注)

- 1 認定を受けることができるのは、70歳未満の組合員(継続長期組合員を除く。)又は被扶養者です。
- 2 「標準報酬月額」欄には、入院により限度額証が必要なときは入院予定年月日の直近の標準報酬月額を、入院以外で限度額証が必要なときは申請日の属する月の標準報酬月額を、それぞれ記入してください(任意継続組合員の方は、任意継続掛金の算定の基となる標準報酬月額を記入してください。)

区分	標準報酬月額
ア	83万円以上
イ	53万円～79万円
ウ	28万円～50万円
エ	26万円以下

決 裁 欄	課長	係長	係

共済組合受付印