

限度額適用認定申請書

所属所名		〇〇市		組合員証号 記号番号	記号 埼 999	番号 9999
組合員	フリガナ 氏名	キョウサイ 共済	タロウ 太郎	生年月日	昭和 〇年 〇月 〇日 平成	
適用対象者	フリガナ 氏名	キョウサイ 共済	タロウ 太郎	性別	男・女	続柄 本人
	生年月日	昭和 平成 〇年 〇月 〇日 令和		申請日の前月の 標準報酬の月額		340,000 円
申請の期間 ※始期及び終期は必ずご記入ください		※月初～月末までをご指定ください。 年 月 日 ~ 年 月 日				
上記のとおり申請します。 埼玉県市町村職員共済組合理事長 様 令和 〇年 〇月 〇日 住所 さいたま市浦和区岸町7-5-14 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 〇年 〇月 〇日 職名 〇〇市長 所属所長 氏名 埼玉 一郎						
備考						共済組合受付
決裁欄	課長	主幹	主査	係	任照合	

※申請の期間は、申請日以降最長1年です。

※申請月の初日（または資格取得日）以前への遡及は出来ませんので、余裕を持って申請してください。