

限度額適用認定申請書

所 属 所 名			組 合 員 証 号		記 号	番 号	
			組 記 号 番 号	埼			
組 合 員	フリガナ 氏 名		生 年 月 日		昭和 年 月 日 平成		
適 用 対 象 者	フリガナ 氏 名		性 別	男 ・ 女	続 柄		
	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	申 請 日 の 前 月 の 標 準 報 酬 の 月 額	円
申 請 の 期 間 ※始期及び終期は必ずご記入ください		年 月 日 ~ 年 月 日					
<p>上記のとおり申請します。</p> <p>埼玉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: right;">住 所 申請者 氏 名</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: right;">職 名 所属所長 氏 名</p>							
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。