



共済組合受付印
共済組合使用欄
ア・イ・ウ・エ

限度額適用認定申請書

組合員証記号番号		〇〇〇 - 〇〇〇〇	標準報酬月額		〇 等級	〇〇〇千円
組合員	氏名	共済 太郎		所属所	名称	〇〇市役所
	生年月日	昭 平	〇〇年〇月〇日	所在地	〇〇市〇〇町1-2	
適用対象者	氏名	共済 花子			男 ・ 女	
	住所	大分市〇〇町1-2-3				
生年月日及び続柄		昭 平	〇〇年〇月〇日	続柄	妻	
上記のとおり申請します。 大分県市町村職員共済組合理事長 殿 平成〇〇年〇〇月〇〇日 住所 大分市〇〇町1-2-3 申請者 氏名 共済 太郎  印						
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。 平成〇〇年〇〇月〇〇日 所属所長 職名 〇〇市長 氏名 〇〇 〇〇  印						

- 送付先 1. 職場
2. 自宅
3. その他 ()