

No.

決 裁 欄	担任	保険係長	事務局次長

## 限度額適用認定申請書

組合員証	記号 番号 —	組合員氏名	
所 属	電話 ( ) 内線 ( )		
適用対象の 氏 名		対象者の 生年月日	年 月 日
組合員との 続 柄			
適用対象者 の 住 所	1 〒 — 2 本人と同じ		
申請期間	年 月 日 から 年 月 日 まで		
希望送付先	職 場	窓 口	自 宅 (切手を貼付した返信用封筒を同封ください。)
上記のとおり限度額適用認定証の交付を申請します。 川崎市職員共済組合理事長 様 〒 — 年 月 日 請 求 者 住 所(自宅) (組合員) 電 話 番 号(自宅) ( ) 氏 名			

- ※ 希望送付先を選択して、○記入をお願いします。
- ※ 希望送付先が窓口の場合は、組合員証、職員証を持参してください。
- ※ 受付月の1日からの有効となります。