

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 123	番号 — 1234567	組合員氏名	〇〇 〇〇
所属	〇〇局〇〇部〇〇課			電話 044 (〇〇〇) 〇〇〇〇 内線 (〇〇〇〇〇)
適用対象の氏名	〇〇 〇〇		対象者の生年月日	昭和 42 年 3 月 3 日
組合員との続柄	本人			
適用対象者の住所	1 〒 _____ 2 本人と同じ			
申請期間	●●4 年 7 月 1 日 から ●●4 年 7 月 31 日まで			
希望送付先	<input checked="" type="radio"/> 職場	<input type="radio"/> 窓口	<input type="radio"/> 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。 ●●4 年 6 月 22 日 川崎市職員共済組合理事長 様 〒 123-4567 請求者 住所(自宅) 川崎市〇〇区〇〇〇1234-567 (組合員) 電話番号(自宅) 044 (〇〇〇) 〇〇〇〇 氏名 〇〇 〇〇				

- ※ 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。