

## 地方職員共済組合限度額適用認定申請書

下記のとおり申請します。  
地方職員共済組合奈良県支部長 殿

令和 年 月 日

被保険者	氏 名		生年月日	年 月 日
	職員番号		所属機関	電話
	住 所			
適用 対象者	氏 名		性 別	男 ・ 女
	住 所			
	生年月日	年 月 日	続 柄	
診療の目的	該当する項目に○印を記入してください。 交通事故 ・ 公務災害 ・ その他		低所得者区分該当 (市町村民税非課税)	<input type="checkbox"/>
使用時期 (予定)	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日頃			
交付の方法  該当する方法に <input checked="" type="checkbox"/> をつけて必要 事項を記入	<input type="checkbox"/> 総務厚生センターへ来所 <input type="checkbox"/> 郵送 ( 所属 ・ 自宅 ) <input type="checkbox"/> 下記住所へ送付 住所 〒  宛名			
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。 令和 年 月 日  <div style="text-align: right;">                     所属所長 職 名                      氏 名 印                 </div>				

※ 共済組合到着後、通常1週間程度で交付します。連絡先(0742-27-0999(直通)、県庁内線 2182、2181)  
 ※ 有効期限が到来した限度額認定証は、速やかに返却してください。

交 付 伺

事務長	事務次長	係員	担当者

標準報酬月額			
区分	ア ・ イ ・ ウ ・ エ		
未回収証	有 ・ 無	入力	