

課長	副課長	係長	回議	係

## 限度額適用認定申請書

組合員証記号番号		—		所 属 機 関 名		
組 合 員	氏 名					
	生年月日	年	月	日	標準報酬月額	第 級 円
適 用 対 象 者	氏 名			性 別		
	住 所					
	生年月日	年	月	日	組 合 員 との続柄	
	年 齢	( 才 )				
	診療区分	入院 ・ 入院外 ( 外来 ・ 調剤 ・ 訪問看護 )				
入院期間	入院日	年	月	日	退 院 予 定 日	年 月 日

上記のとおり申請します。

徳島県市町村職員共済組合理事長 様

令和 年 月 日

申 請 者 住 所  
(組合員) 氏 名

上記の記載事項に、誤りがないことを確認しました。

令和 年 月 日

職 名  
所属所長 氏 名

※ 診療区分は、○で囲んでください。

※ 入院期間は、診療区分で入院を選択した場合にご記入ください。