決定伺	課長	係長	係

保険限度額適用認定申請書

受付年月日

組合員が記入する欄						
組合員証記号番号又は個人番号	組合員氏名		生年月日			
			昭・平	年　月　日		
認定対象者の氏名		認定対象者の生年月日	昭和 平成 令和	年　月　日	組合員との続柄	
認定対象者の住所						
入院期間	令和　年　月　日～　令和　年　月　日				通院　調剤	

上記のとおり保険限度額適用認定証の交付を申請します。

沖縄県市町村職員共済組合理事長　殿

令和　年　月　日

住所

組合員

氏名

組合員が市町村民税非課税者である場合、○印を付けてください。　非課税者である

※非課税者の場合は、別のお手続きが必要になる場合があります。

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

職名

所属所長

氏名

※入院期間が未定の場合は、予定をご記入ください。
　入院せず通院外来や調剤で申請する場合は、通院又は調剤へ○印を付けてください。

※発行年月日は、申請した月の初日（１日）です。

※任意継続組合員の場合、所属所長の証明欄の記入は必要ありません。