

< 医療費の自己負担額が高額になる場合 >

様式第4号の2

限度額適用認定申請書

組合員等記号・番号		所属機関	名称	〇〇市
△△△△-△△△△			所在地	〇〇市〇〇町
組合員	名前	共 済 太 郎	申請の日の属する月の前月の標準報酬月額	
			380,000円	
適用対象者	名前	共 済 太 郎	生年月日	△△△△年△△月△△日
	住所	〇〇市〇〇町△△-△△		
<p>上記のとおり申請します。</p> <p>広島県市町村職員共済組合理事長 様</p> <p>△△△△年 △△月 △△日</p> <p>住所 〇〇市〇〇町△△-△△</p> <p>組合員 名前 共 済 太 郎</p>				
<p>上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。</p> <p>△△△△年 △△月 △△日</p> <p>所属所長 職 名 〇 〇 市 長</p> <p>名 前 〇 〇 〇 〇</p>				