限度額適用認定申請書

組合員記入欄	組合員証 記号・番号	―		組合員 所　属	区・局 課
	組合員氏名				
	受　診　者	氏　名		組合員との 続　　柄	本　人　・　被扶養者
		生年月日	昭・平　　年　　月　　日	受診者の性別	男　・　女
	療養期間 （予　定）	平成　　年　　月　　1　日　～　平成　　年　　月　末日　まで ※　有効期間は最長６ヶ月間です。		療養状況	□　入院　　□　外来
	上記のとおり申請します。 平成　　年　　月　　日 横浜市職員共済組合理事長　様 〒　　― 住所 組合員　氏名　　㊞ 電話　　―　　―				
	※自宅への郵送を希望する場合は、☑をつけてください。（郵送料として８２円分の切手を同封してください。） □ 自宅への郵送を希望します				

★提出方法は、庁内メール、窓口持参、郵送（〒231－0017中区港町１－１横浜市職員共済組合）のいずれかでお願いします。

窓口申請（交付）の場合は、窓口で職員証又は組合員証を提示してください。

※代理の方が申請する場合は下記の欄もご記入ください。

申請者記入欄	申請者 氏　名	組合員の代理として申請します。 ㊞
	申請者 住所等	申請者が**横浜市職員**の場合　　電話　　― 区・局　　課 申請者が**横浜市職員以外**の方の場合　　電話　　― 〒　　― 住所

代理申請者
　職員の場合　　：窓口申請（交付）の場合は、窓口で代理申請者の職員証又は組合員証を提示してください。
　ご家族の場合：郵送の場合は身分証明証（免許証・健康保険証・パスポート等）の写を添付してください。
　　窓口の場合は身分証明書を提示してください。

共済組合記入欄　　H　．　．　～H　．　． 窓口 / 庁内メール　本人・代行：　　/ 郵送 横浜市職員証・組合員証・免許証・その他：

受付印