

限度額適用認定申請書

記入例

組合員記入欄	組合員証記号・番号	100 — XXXXXXXX	組合員所属	〇〇〇	区局	
	組合員氏名	共済 太郎		〇〇〇	課	
	受診者	氏名	共済 花子			
		生年月日	昭・平・令	××年	×月	×日
	適用期間(月単位)	令和 × 年 5 月 1 日 ~ 令和 × 年 10 月 末日 まで ※ 適用期間の開始月は申請のあった月からです。 ※ 開始月を含めて最長6か月の範囲で必要な期間を申請してください。				
上記のとおり申請します。 令和 × 年 5 月 7 日 横浜市職員共済組合理事長 様 〒 XXX — XXXX 住所 横浜市〇〇区〇〇町1-2-3-405 代理申請の場合も記入してください。 組合員 氏名 共済 太郎 電話 045 — XXX — XXXX ※自宅への郵送を希望する場合は、☑をつけ、郵送料として84円分切手を貼った長3(120mm×235mm)の返信用封筒を同封してください。原則、職場に届出されている住所以外に送付できません。 <input type="checkbox"/> 自宅への郵送を希望します。						

★提出方法は、庁内メール、郵送(〒231-8315中区本町6-50-1 横浜市職員共済組合医療福祉課)のいずれかをお願いします。

※代理の方が申請する場合は下記の欄もご記入ください。

代理申請が可能な場合: 組合員本人が入院等により申請できない場合。
 代理申請者: 【所属】所属総務担当者またはそれに準じる職員 【ご家族】原則、被扶養者の方

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。 組合 団十郎			
	申請者住所等	申請者が横浜市職員の場合	電話	XXX — XXXX	組合員との続柄
		所属	〇〇〇 区局	〇〇〇 課	
	申請者が横浜市職員以外の方の場合	電話	—		
	住所	〒 —			

代理の方が申請する場合の注意事項
 職員の場合 : 庁内メールまたは郵送でご申請をお願いします。
 ご家族の場合 : 原則、郵送申請です。代理申請者の身分証明証(免許証・健康保険証等)の写を添付してください。

共済組合記入欄	交付方法	庁内メール / 郵送/()	共済組合決裁欄			
	確認書類	組合員本人 / 代行(職員 / 家族)				
		横浜市職員証・組合員証(被扶養者証)				
		免許証・その他()	起案日	.	.	
	その他	送付日 . .	決裁日	.	.	
	☐ 月分までの限度額証を発行済みのため、月分から発行	送付日	.	.		

