限度額適用認定申請書

記入例

組合員記入欄

組合員記号・番号	100 — XXXXXXX	組合員所属	○○○	区・局
組合員氏名	共済　太郎		○○○	課
受診者 氏名	共済　花子			
受診者 生年月日	昭・平・令　××年　×月　×日	組合員との続柄	本人 ・ 被扶養者	
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

代理申請の場合も記入してください。

組合員

〒　XXX　－　XXXX

住所　横浜市○○区○○町１-２-３-４０５

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。

☐ 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）のいずれかでお願いします。

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

※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。 組合　団十郎　㊞ 組合	
申請者 住所等	申請者が**横浜市職員**の場合　電話　XXX　—　XXXX 所属　○○○　区・局　○○○　課	
	申請者が**横浜市職員以外**の方の場合　電話　— 〒　— 住所	組合員との続柄

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・資格確認証・マイナンバーカードおもて面等）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/(　　)
組合員本人 / 代行（ 職員 / 家族 ）
確認書類　横浜市職員証・免許証
その他（　　）
送付日　　・　　・
受付印
その他　☐ 月分までの限度額証を発行済みのため、　月分から発行

共済組合決裁欄			
課長	係長	係員	公印承認
起案日	・ ・		
決裁日	・ ・		
送付日	・ ・		

（Ｒ６.12月）