

# 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	
	組合員氏名				課	
	受診者	氏名				
		生年月日	昭・平・令	年	月	日
	適用期間 (月単位)	令和 年 月 1 日 ~ 令和 年 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 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、 <input checked="" type="checkbox"/> 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。

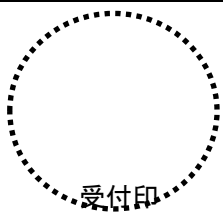
※代理の方が申請する場合は下記の欄もご記入ください。

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。 <div style="text-align: right;">①</div>				
	申請者住所等	申請者が横浜市職員の場合	電話	—	—	
		所属	区・局	課		
	住所	申請者が横浜市職員以外の方の場合	電話	—	—	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・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 )		課長	係長	係員	公印承認
		横浜市職員証・組合員証 (被扶養者証) 免許証・その他 ( )					
	送付日	・		・	起案日	・	・
	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		決裁日	・	・	
				送付日	・	・	