

決裁欄	事務局次長	係長	係員			日	<input type="checkbox"/> 上位	アイ ウ エ
	適用対象者が組合員本人の場合も、すべて記入してください。							
					<input type="checkbox"/> 一般			

限 度 額 適 用 認 定 申 請 書

組 合 員 記 入 欄	組合員証記号番号		97 — 職員番号			
	組合員	氏名	共済 太郎		生年月日	昭平 〇〇年 〇〇月 〇〇日
		所属所名称		大阪市民病院機構		
	適用対象者	氏名	共済 花子		生年月日	昭平 〇〇年 〇〇月 〇〇日
		組合員との続柄		妻		
	組合員（適用対象者）の住所		大阪市〇〇区〇〇〇-〇-〇			
	令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日 上記のとおり限度額適用認定証の交付を申請します。					
	組合員氏名 共済 太郎					
	連絡先（電話番号） 〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇					
	大阪市職員共済組合理事長 あて					

上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。

令和 年 月 日

所属機関の長

又は所属所長

所属所（市長部局にあっては総務事務センター）において証明しますので、記入する必要はありません。

