

限度額適用認定申請書

職員番号（独法職員のみ）

地方職員共済組合大阪府支部長 殿 下記のとおり申請します。＜限度額適用証利用予定年月（ 年 月）＞ <div style="text-align: right; margin-right: 50px;">年 月 日</div>					
組合員	組合員証 記号番号	地・大阪 	所 属 機 関 名		
	氏 名		生年月日	年 月 日	
	住 所				
適用認定対象者 ※組合員本人の場合は 下記にチェックのみ <input type="checkbox"/>		氏 名			
		住 所	※組合員と同じ場合は不要		
		生年月日	年 月 日	続柄	
代理申請 ※組合員以外の方が 申請する場合に記入		氏 名		組合員 との関係	
		住 所	※組合員と同じ場合は不要		
		代理申請 の理由			

日中の連絡先（独立行政法人職員であって法人事務局を通じて申請・証受領の場合は記入不要） 職場（代表・直通）Tel () 内線 () 又は 自宅・携帯 Tel ()	
--	--

※下記は記入不要です。

共済受付／処理欄	所属所受付／処理欄
受付日 年 月 日	受付日 年 月 日
処理日 年 月 日	処理日 年 月 日

