

限度額適用認定申請書

組合員証記号番号		1234567800		所属課（部） 課 名		医学部附属病院	
組 合 員		氏名 共 済 太 郎				性別	男 ・ 女
適 用 対 象 者		氏名 共 済 花 子				続柄	妻
		生年月日		昭和 5 0 年 9 月 1 日			
入 院 期 間		令和 1 年 8 月 1 日 から				退院日等が不明の場合は、空欄	
①	申請日の前 1 年間の入院期間（日数）		H30 年 12 月 20 日から H31 年 1 月 25 日まで		37 日間		
	入院をした保険医療機関等		名 称 香川大学医学部附属病院 所在地 木田郡三木町池戸1750-1				
②	申請日の前 1 年間の入院期間（日数）		年 月 日から 年 月 日まで		日間		
	入院をした保険医療機関等 該当があり、分かれれば記入してください。						
③	申請日の前 1 年間の入院期 日間						
	入院をした保険医療機関等		名 称 所在地				
④	申請日の前 1 年間の入院期間（日数）		年 月 日から 年 月 日まで		日間		
	入院をした保険医療機関等		名 称 所在地				
⑤	申請日の前 1 年間の入院期間（日数）		年 月 日から 年 月 日まで		日間		
	入院をした保険医療機関等		名 称 所在地				
国家公務員共済組合法施行令第 1 1 条 3 の 5 第 1 項第 1 号				該 当 ・ 非該当			
国家公務員共済組合法施行令第 1 1 条 3 の 5 第 1 項第 2 号				該 当 ・ 非該当			
この箇所は、何も記入しないでください。							
国家公務員共済組合法施行令第 1 1 条 3 の 5 第 1 項第 3 号				該 当 ・ 非該当			
国家公務員共済組合法施行令第 1 1 条 3 の 5 第 1 項第 4 号				該 当 ・ 非該当			
上記のとおり申請します。							
文部科学省共済組合香川大学支部長 殿							
令和 1 年 7 月 2 0 日							
住所 高松市番町 2 - 2							
申請者 氏名 共 済 太 郎							