

限度額適用認定申請書

組合員証記号番号		所属課（部） 課 名			
組 合 員	氏名			性別	男 ・ 女
適 用 対 象 者	氏名			続柄	
	生年月日	年 月 日			
入 院 期 間	年 月 日 から 年 月 日				
①	申請日の前 1 年間の入院期間（日数）	年 月 日から 日間			
	入院をした保険医療機関等	名 称 所在地			
②	申請日の前 1 年間の入院期間（日数）	年 月 日から 日間			
	入院をした保険医療機関等	名 称 所在地			
③	申請日の前 1 年間の入院期間（日数）	年 月 日から 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 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 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		
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 年 月 日					
住所					
申請者					
氏名					

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50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、分け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11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11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11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11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 20 日					
注意：認定証の発効期日は、 申請日の属する月の1日からです。					
住所 高松市番町2-2					
申請者 氏名 共 済 太 郎					