

限度額適用認定申請書

組合員証記号番号			
組合員	氏名	所属課(部) 課 名	
	生年月日		
適用対象者	氏名 住所		
生年月日及び続柄		年 月 日	続柄
入院期間		令和 年 月 日 から 令和 年 月 日まで	
①	申請日の前1年間の入院期間(日数)	令和 年 月 日から 日間	令和 年 月 日まで
	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)	令和 年 月 日から 日間	令和 年 月 日まで
	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)	令和 年 月 日から 日間	令和 年 月 日まで
	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)	令和 年 月 日から 日間	令和 年 月 日まで
	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)	令和 年 月 日から 日間	令和 年 月 日まで
	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条の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条の3の5第1項第2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東京外国語大学支部長 殿 令和 年 月 日 申請者 住所 氏名			

「該当」又は「非該当」の文字については、該当しない文字を消すこと。
備考 用紙の大きさは、日本工業規格A4とする。