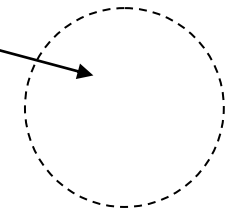


記入例

入院(診療)開始日の属する月の受付印



公立学校共済組合限度額適用認定申請書

組合員証の記号番号	公立秋 -○○○○○		所属所受付印	
組合員氏名	○○ 花子	性別	男・ <input checked="" type="radio"/> 女	
生年月日	<input checked="" type="radio"/> 昭和・平成 ○○年 ○月 ○○日			
所属機関	名称	○○○○ 小学校		
	所在地	○○○市○○○町○○番町○—○		
申請の日の属する月の標準報酬の月額	○○○, ○○○ 円			
適用対象者氏名	○○ 太郎	性別	<input checked="" type="radio"/> 男・女	
生年月日	昭和・ <input checked="" type="radio"/> 平成・令和 年 ○○ 月 ○○ 日			
入院期間	令和 ○○年 ○月○○日から令和 ○○年○○月○○日まで			
上記のとおり公立学校共済組合限度額適用認定証の交付を申請します。				
公立学校共済組合秋田支部長 殿				
令和 ○○年 ○月 ○○日				
組合員住所 ○○市○○				
氏名 ○○ 花子				
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				
〒○○○ -○○○○ (電話番号) ○○○-○○○-○○○○				
所属所所在地 ○○○市○○○町○○番町○—○				
所属所名 ○○○○小学校				
所属所長職氏名 ○○ ○○○ 印				

終了日は必ず記入してください。
ここが空欄だと発行出来ません。
外来診療なども含め、最大1年間を設定できます。
(再入院や退院後の高額な外来診療を考慮の上、ご記入ください。)

※ 窓口で支払い済みの場合や、前月分の診療については限度額適用認定証を交付できません。入院(診療)が延長になった場合は、お手持ちの限度額適用認定証を返却の上、再度申請をしてください。
申請から交付まで1週間程度かかります。
ご不明の点はお問い合わせください。