

公立学校共済組合限度額適用認定申請書

組合員記号番号	公立秋 ー		
組合員氏名		性別	男・女
生年月日	昭和・平成 年 月 日		
所属機関	名称		
	所在地		
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		性別	男・女
生年月日	昭和・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		
<small>※上記期間の開始日が申請年月日より前のとき、その理由をご記入ください。 (例)医療費の支払いを保留しているため/医療機関から○月○日までに限度額適用認定証を提示するよう指示があったため など</small>			
[]			
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 氏 名			
 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 〒 ー (電話番号) ー ー 所属所所在地 所属所名 所属所長職氏名 			

※外来診療の方は、入院期間を診療期間と訂正して提出してください。