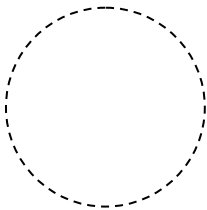


公立学校共済組合限度額適用認定申請書



所属所受付印

組合員証の記号番号	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		
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 印			

※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。