

公立学校共済組合限度額適用認定申請書

組合員証番号			
組合員氏名		性別	男・女
生年月日	昭和・平成	年	月 日
申請の日の属する月の標準報酬月額	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
申請期間	令和	年	月 日から令和
	年	月	日
<p>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。</p> <p>公立学校共済組合青森支部長 殿</p> <p>令和 年 月 日 郵便番号 (-)</p> <p>住 所</p> <p>自宅電話 () -</p> <p>組合員氏名</p>			
<p>上記の記載事項については事実と相違ないものと認めます。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>(〒 -) (☎ - -)</p> <p>所属所住所</p> <p>所属所名</p> <p>所属所長 職名</p> <p>氏名</p> <p>(所属所受理年月日 令和 年 月 日)</p>			

- ※ 事前申請となっているため、前月の申請を当月にすることはできません。
- ※ 既に医療費の支払いを済ませている場合は申請できません。支払い済みの高額療養費は3カ月後以降に自動給付されます。
- ※ 申請書に記載された個人情報、業務を遂行するために利用するものであり、他の目的に使用することはありません。