

公立学校共済組合限度額適用認定申請書

組 合 員	組合員証記号番号	公立福岡							
	氏名								
	所属所名	任意継続組合員							
適 用 対 象 者	氏名								
	生年月日	昭和	・	平成	年	月	日		
	適用期間	平成	年	月	日から				

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。

公立学校共済組合福岡支部長 殿

平成 年 月 日

〒 -

住所

組合員

氏名

印

※適用期間欄については、申請時点で適用日が未定の場合は適用予定日を記入してください。

※「限度額適用認定証」には共済組合に届け出ている住所が記載されますので、届出済み住所に変更がある場合は、組合員申告書(変更届)を併せて提出してください。

※82円切手を貼付した返信用封筒(長形3号)も同封してください。

共済組合使用欄	標準報酬月額	適用区分	送付日