

# 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	公立福島					
組合員	氏名				<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日	
	所属機関					
		所属コード	9	9	9	
		名称	任意継続組合員			
申請の日の属する月の標準報酬の月額					円	
適用対象者	<input type="checkbox"/> 組合員本人					
	療養者	<input type="checkbox"/> 被扶養者	氏名			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
		住所	<input type="checkbox"/> 組合員と同居	別居の場合の住所地		
			<input type="checkbox"/> 組合員と別居			
	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日	
入院・療養予定期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日					
※有効期限	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 福島支部長 殿</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">組合員 住所 氏名</p>						
<p>上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">電話 (       -       -       )</p> <p style="text-align: center;">所属所長 職名 氏名</p>						

1. ※欄は記入しないでください。
2. 認定証の有効期限は月単位になります。