

公立学校共済組合限度額適用認定申請書

所属所コード		所属所名	
組合員番号		組合員氏名	
申請日の属する月の標準報酬月額		※区分	(ア)・(イ)・(ウ)・(エ)
適用対象者氏名		適用対象者 生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日
療養期間(予定)	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日		

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。

公立学校共済組合岐阜支部長 様

令和 年 月 日

住 所

組合員

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

所属所名

所属所長

職・氏名

TEL () -

注 1. 療養期間は、医療機関への精算が済んでいない期間を記入してください。

2. 組合員氏名は自署とします。(記名押印も可)

3. 所属所長欄は記入をお願いします。(ゴム印等可)

4. ※印欄は、記入しないで下さい。

公立学校共済組合限度額適用認定申請書

所属所コード	27301	所属所名	藪田高等学校
組合員番号	12345	組合員氏名	藪田 一朗
申請日の標準報酬月額	給与支払明細書の標準報酬月額の短期の欄を記載 380,000円	※共済使用欄	なにも記載しないでください
適用対象者氏名	対象者は組合員本人もしくはその被扶養者です。	適用対象者生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日
療養期間(予定)	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 療養期間は、医療機関等への精算前の期間となります。 終了日が決まっていない際は、余裕のある期間を記載してください。(必ず記載してください。) 療養期間を参照し、証の有効期限を設定します。(最長1年)		
令和 年 月 日	マイナ保険証を利用すれば、申請手続きは不要となります。 マイナ保険証を使用することで高額療養費制度における限度額を超える支払いが免除されます。		
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	所属所を通して申請してください。	所属所名	
	所属所長	職・氏名	
		TEL ()	-

- 療養期間は、医療機関への精算が済んでいない期間を記入してください。
- 組合員氏名は自署とします。(記名押印も可)
- 所属所長欄は記入をお願いします。(ゴム印等可)
- ※印欄は、記入しないで下さい。