給付医療等様式第13号

限度額適用認定証　返納届

組合員証の記号番号	公立群馬　※7桁
適用対象者氏名	

上記の限度額適用認定証を返納します。

公立学校共済組合群馬支部長　様

令和　　年　　月　　日

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

所属所長　職　名

氏　名

（注）

1　認定証を添付してください。

2　適用対象者が組合員本人の場合は、「本人」と記入してください。