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	公立茨城第　　号				
組　合　員　氏　名		性　別		男　・　女	
生　　年　　月　　日	昭和・平成　　年　　月　　日				
※　掛金の基となった標準報酬月額	円			**※区分**	
適用対象者氏名		性　別	男 女	続柄	
生　　年　　月　　日	昭和・平成・令和　　年　　月　　日				
使　用　予　定　日	**入院**　令和　　年　　月　　日	**入院外**	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。

公立学校共済組合茨城支部長　殿

令和　　年　　月　　日

（〒　　―　　）

組合員　住　所

氏　名

（電話番号）（　　）（　　―　　）

（注）1　※印欄は、記入しないでください。

2　申請欄の組合員の氏名は、自筆で記入願います。

任