

公立学校共済組合限度額適用認定申請書

組合員等の記号番号	公立茨城第 号		
組合員氏名		性別	男・女
生 年 月 日	昭和 平成 令和	年 月 日	
所属所コード		所属所名	
申請の日の属する月の標準報酬月額	等級	月額	※区分
		円	
適用対象者氏名		続柄	性別 男・女
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	外来 令和 年 月 日	
備 考	原則 使用予定日が申請日より過去、若しくは、医療機関へ支払済後の認定証発行はできません。遅延理由または、現状をご記入下さい。 (例 入院中のため申請が遅れた。支払いは未済。医療機関から要請された。等)		
認定証の送付先希望	①所属所 ②組合員の住所		
<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>公立学校共済組合茨城支部長 殿</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>(〒 -)</p> <p>組合員 住所</p> <p>氏 名</p> <p>(電話番号) () -</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>職名</p> <p>所属所長</p> <p>氏 名 印</p>			
所属所所在地	(〒 -) (電話番号)		

(注) 「※区分」欄は記入しないでください。