

公立学校共済組合限度額適用認定申請書

組合員番号	公立石川		
組合員氏名		性別	男・女
生年月日	昭和・平成 年 月 日		
※ 所属機関	名称		
	所在地		
申請の日の属する標準報酬月額(短期)	第 等級	0,000 円	適用区分 (共済で記入)
適用対象者氏名		性別	男・女
生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日 (続柄)		
適用期間 ("まで"を必ず記入ください)	令和 年 月分 から 令和 年 月分 まで(最長12ヶ月)		
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。 公立学校共済組合石川支部長 殿 令和 年 月 日 組合員 住所 氏名 印			
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 ※ 所属機関の長 職名 氏名 印			

適用期間を延長する場合は、この申請書に既に交付されている限度額適用認定証を添付してください。
過去に発行した限度額適用認定証の返却が無い場合、新しい限度額適用認定証の交付はできません。
限度額適用認定証は共済組合へ申請のあった日の属する月の1日からの期間について発行します。
前月分の期間についての申請をする際は、事前に医療機関の了承を受けたうえで提出願います。
(医療機関の了承を得た場合は必ずその旨を余白に記載ください。)

※ 任意継続組合員(Nで始まる組合員番号の方)は、所属機関についての記入、証明は必要ありません。
組合員欄について、組合員の自署の場合は押印不要です。