

## 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 岩          |  |  |  |  |     |          |
| 組 合 員 氏 名                                                                                                                               |                |  |  |  |  |     |          |
| 生 年 月 日                                                                                                                                 | 昭和・平成・令和 年 月 日 |  |  |  |  |     |          |
| ※<br>申請日の属する月の<br>掛金の基礎となる月額                                                                                                            |                |  |  |  |  | 円   | ※<br>区 分 |
| 適 用 対 象 者 氏 名                                                                                                                           |                |  |  |  |  |     |          |
| 生 年 月 日                                                                                                                                 | 昭和・平成・令和 年 月 日 |  |  |  |  | 続 柄 |          |
| 医 療 機 関 名                                                                                                                               |                |  |  |  |  |     |          |
| <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>公立学校共済組合岩手支部長 様</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>(〒 — ) 電話( — — )</p> <p>住 所</p> <p>申請者</p> <p>氏 名</p> |                |  |  |  |  |     |          |

- (注) 1 マイナ保険証を保有している方は申請不要です。  
2 ※区分欄は記入不要です。