

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						
※ 申請日の属する月の 掛金の基礎となる月額				円	※ 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							
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。							
公立学校共済組合岩手支部長 様							
令和 年 月 日							
(〒 -) 電話(- -)							
住 所 申請者 氏 名							

(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。