

共済事務担当者

限度額適用認定申請書

組合員 番号	所属所名									
(フリガナ)			生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年	月	日			
組合員氏名			性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女						
短期掛金の 基礎となる額	標準報酬			高額療養費の 自己負担限度 額の所得区分	※ 記入不要(共済組合記入欄)					
	等級	第	級					標準報酬 月額	円	
適用 対象	<input type="checkbox"/> 組合員									
	<input type="checkbox"/> 被扶養者	氏名			性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女				
		生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日				
療養予定期間	令和	年	月	日	から	令和	年	月	日	まで
<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>公立学校共済組合鹿児島支部長 殿 ㊦</p> <p>住所</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>申請者 氏名 (組合員)</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 所属所所在地</p> <p>所属所長 職・氏名</p> <p>電話番号 (- -)</p>										