

公立学校共済組合限度額適用認定申請書

組合員証記号番号	公立京都					
組合員氏名			性別			
生年月日	昭和・平成・令和		年	月	日	
所属所名	名称	任意継続				
	所在地					
退職時の標準報酬月額						円
適用対象者氏名			性別			
生年月日	昭和・平成・令和		年	月	日	
入院及び治療開始日			令和	年	月	日
<p>上記のとおり公立学校共済組合限度額適用認定書の交付を申請します。</p> <p>公立学校共済組合京都支部長 様</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">〒</p> <p style="text-align: right;">住所</p> <p style="text-align: right;">氏名 (印)</p> <p style="text-align: right;">TEL — —</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 style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">職名</p> <p style="text-align: right;">氏名</p> <div style="text-align: right; border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">公印</div>						