R3.8.1改　　No.　　-

限度額適用認定申請書

共済組合受付印

任意継続組合員の方は、所属所コードを"999999"、所属所名は「任意継続」と記入してください。

組合員証記号番号		組合員氏名
公立三重	0 9 8 7 6 5 4 3	公立　花子

所属所コード	所属所名	掛金の基礎となる標準報酬 等級	標準報酬月額
1 2 3 4 5 6	津市立共済小学校	22	380,000 円

給与明細に記載されていますので、ご確認ください。（任意継続組合組合員の方は、任意継続掛金の基礎となっている標準報酬月額を記入してください。）ご不明な場合は、未記入のままでも結構です。

適用対象者					
（フリガ			月日		
氏名			年	月	日
コウリツ					
公立　太郎		令和：5	4	0 3	2 1

入院等期間　※1									限度額適用認定証の送付先　※2		共済組合使用欄		
		（自）			（至）								
年号		年	月	日	年	月	日						
令和：5	5	××	××	××	◇◇	◇◇	◇◇		○	所属所宛	適用区分		ア　83万円～
										自宅宛			イ　53万円～79万円
													ウ　28万円～50万円
													エ　～26万円

必ず記入してください

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。

公立学校共済組合三重支部

令和　XX　年　XX　月　XX　日

申請者（組合員）

〒　△△△　－　△△△△

住　所　三重県津市〇〇町XX番地

氏　名　公　立　花　子

TEL　〇〇〇　－　〇〇〇　－　〇〇〇〇

組合員が申請を行ってください。

※1．　期間が確　　おおよその見込期間を記入してください。至年月は空欄で構いません。
外来診療に　　外来診療のみで利用する場合は、今回の限度額適用認定証が必要となるおおよその期間を記載してください。
自年月から有効な限度額適用認定証を発行しますので、自年月日は必ず記載してください。

※2．　簡易書留で送付します。自宅宛希望は受取人がいる場合のみ選択してください。

摘要欄