

(交付1号)

公立学校共済組合限度額適用認定申請書

組合員 記号番号	公立長野		組合員氏名		
所属コード		所属所名			
申請の属する月の標準報酬月額		円		区分 (共済組合記入欄)	
適用対象者	氏名			性別	男 ・ 女
	生年月日	年 月 日			
入院（通院）期間 (注1)	年 月 日から 年 月 日まで				
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。 公立学校共済組合長野支部長 様 年 月 日 組合員 住所 氏名					

注1：入院（通院）期間に記入した期間が限度額適用認定証の有効期間となります。なお、9月に標準報酬月額の定時決定を行う都合上、最長で8月末までの申請となります。9月以降も必要な場合は、再度申請書の提出をお願いします。

注2：マイナ保険証を利用する場合は、限度額適用認定証の申請は不要です。

