

## 公立学校共済組合限度額適用認定申請書

組合員証の 記号番号	公立長崎第 _____ 号		
組合員氏名		生年月日	年 月 日
所属所	名称		
	所在地		
希望する送付先 (いずれかに○)	所属所 組合員自宅 その他 [ 〒 _____ ]		
※申請の日の属する月の標準報酬月額	第 _____ 級	円	※区分 _____
適用対象者氏名		続柄	
生年月日	年 月 日		
入院(通院)期間 (使用開始日)	令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日から 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日まで(予定)		
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。  <b>公立学校共済組合長崎支部長 様</b>  令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 住所 〒 _____  組合員 氏名 _____			
※記入不要			所属所 受付年月日

共済組合使用欄			
入力日	発行日	公印	印
		通	