

事務局長補佐
(医療・資格G長)

郵遞送・窓口

※この欄については記入不要です。

公立学校共済組合限度額適用認定申請書

組合員等記号・番号	公立阪		※組合員証右上の番号等(10桁)を記入してください。
組合員氏名			
生年月日	昭和・平成 年 月 日		
所属所	名称		
	所在地	電話 — —	
申請日の属する月の標準報酬月額	円		
適用対象者氏名			
生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日		
申請・入院期間	令和 年 月 日から		
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。 公立学校共済組合大阪支部長 様 令和 年 月 日 〒 組合員 住所 氏名 電話 — —			
上記の記載事項は事実と相違ないものと認めます。 令和 年 月 日 所属所名 所属所長 職名 氏名			
		所属所 受付印	※受付印がない場合は公印を押印してください。

- ※「限度額適用認定証」については、申請者である組合員の自宅へ郵送します。他への郵送を希望される場合は、送付先(〒、住所、宛名)を記載したメモを添付してください。
- ※ 認定証の有効期間は、申請月の初日から1年間で発行します。(ただし、年度末に定年退職および再任用職員の任期が5年満了される場合の有効期間は年度末までとなります。)

事務局長補佐
(医療・資格G長)

郵通送・窓口

※この欄については記入不要です。

記入例

公立学校共済組合限度額適用認定申請書

組合員等記号・番号	公立阪 1234567890	※組合員証右上の番号等(10桁)を記入してください。
組合員氏名	公立 太郎	
生年月日	昭和・平成 38年 1月 2日	
所属所	名称	大阪市立〇〇小学校
	所在地	大阪市中央区大手前△△-××× 電話 06 - 5678 - ××××
申請日の属する月の標準報酬月額	月額がわからなければ、空欄で結構です。	530,000 円
適用対象者氏名	認定証が必要な方を記入してください。(組合員又は被扶養者)	公立 太郎
生年月日	昭和・平成・令和 38年 1月 2日	
申請・入院期間	今回、認定証が必要な期間の初日を記入してください。	令和 4年 10月 20日から
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。		
公立学校共済組合大阪支部長 様		
令和 4年 10月 5日		
〒 540-1234		
組合員 住所 大阪市中央区〇〇町△△-×××		
氏名 公立 太郎		
電話 06 - 1234 - ××××		
上記の記載事項は事実と相違ないものと認めます。		
令和 4年 10月 6日		
所属所名	大阪市立〇〇小学校	
所属所長 職名	校長	
氏名	共済 一郎	
		※受付印がない場合は公印を押印してください。

※「限度額適用認定証」については、申請者である組合員の自宅へ郵送します。他への郵送を希望される場合は、送付先(〒、住所、宛名)を記載したメモを添付してください。

※ 認定証の有効期間は、申請月の初日から1年間で発行します。(ただし、年度末に定年退職および再任用職員の任期が5年満了される場合の有効期間は年度末までとなります。)