

(運規別紙様式第8号の2)

限度額適用認定申請書

所属所名	任意継続組合員		共済組合受付印
組合員等 記号・番号	公立島根		
組合員氏名			
生年月日	昭和 年 平成 年 月 日		
申請日の属する月の標準報酬月額 (※掛金のもととなる標準報酬月額)		円	
適用対象者氏名			組合員との続柄
生年月日	昭和 年 平成 年 月 日		
入院・通院 (認定証利用) 開始年月日	令和 年 月 日	送付希望先 (チェックがない場合は所属所へ送付)	<input type="checkbox"/> 所属所 <input type="checkbox"/> 組合員住所 <input type="checkbox"/> 対象者住所 (病院への送付不可)
<p>上記のとおり限度額適用認定証の交付を申請します。</p> <p>公立学校共済組合島根支部長 様</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>住所</p> <p>組合員 氏名</p> <p>(自署によらない場合は押印が必要です。)</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>令和 年 月 日</p> <p>所属所名</p> <p>所属所長 (職・氏名)</p> <p>公印</p>			

(R6.12)