

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 ・ 平成 年 月 日			
申請の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 ・ 平成 ・ 令和 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)		
上記のとおり限度額適用認定証の交付を申請します。 公立学校共済組合島根支部長 様 令和 年 月 日 住所 組合員 氏名 (自署によらない場合は押印が必要です。)				
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・氏名) <div>公印</div>				