

## 限度額適用認定申請書

所属所名		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)	<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)
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) <span style="float: right;">公印</span>			