

公立学校共済組合限度額適用認定申請書

組合員証番号	任意継続組合員氏名													
<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 5%;"> </td> <td style="width: 5%;"> </td> <td style="width: 5%;"> </td> <td style="width: 5%;"> </td> <td style="width: 5%;"> </td> <td style="width: 5%;"> </td> <td style="width: 5%;"> </td> <td style="width: 5%;"> </td> </tr> </table>											申請日の属する月の「標準報酬月額」	円	標準報酬等級	※
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													
適用対象者住所														
使用期間	令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日 まで													
療養を受ける 又は受けている 保険医療機関等	名称													
	〒 -													
	所在地													
			限度額適用認定証使用区分	通院・入院		※何れかに○を記入								
<p>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。</p> <p style="text-align: center;">公立学校共済組合徳島支部長 殿</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">〒 -</p> <p style="text-align: center;">組合員住所</p> <p style="text-align: center;">氏 名</p> <p style="text-align: right;">(自署の場合省略可)</p>														

※ 発 効 年 月 日				※ 有 効 年 月 日			
年号	年	月	日	年号	年	月	日

公立学校共済組合	
----------	--

2021.11更新

備考

- 1 枠は、記入しないでください。
- 2 使用期間が決定していない場合は、使用開始年月日のみ記入してください。
- 3 有効期限終了など必要で無くなった場合は、速やかに返納してください。
- 4 支払済みの場合、遡って限度額適用認定証を発行することはできません。