

<記入例>

〔用紙No. 限度額1〕

公立学校共済組合限度額適用認定申請書

【申請前にご確認ください】

- 1 マイナ保険証(健康保険証として利用登録済のマイナナンバーカード)をお持ちの方は、医療機関等の窓口でマイナ保険証を提示することで、本申請書による手続をせずに、高額療養費制度における限度額を超える窓口支払いが免除されます。
- 2 マイナ保険証をお持ちでない方は、医療機関等の窓口でオンライン資格確認による「限度額区分の照会」を申し出て下さい。医療機関等が限度額区分を確認できない場合は、本申請書を提出してください。

組合員記号番号		公立東京										0123456700		(枝番)	
組合員氏名		東京 太郎										性別		男・女	
生年月日		昭和・平成・令和 50 年 1 月 1 日													
		名称		公立学校共済組合東京支部											
		所在地		東京都新宿区西新宿2-8-1 東京都教育庁内											
適用対象者氏名		東京 光子										性別		男・女	
生年月日		昭和・平成・令和 53 年 5 月 5 日													
入院予定期間		令和 6 年 12 月 12 日 から 令和 6 年 12 月 20 日 まで													
短期掛金の基礎となった標準報酬		月額		500				, 000 円		等級		第 30 級			
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。															
公立学校共済組合東京支部長 殿															
令和 6 年 12 月 9 日															
住所 新宿区西新宿〇-〇															
申請者 氏名 東京 太郎															
上記の記載事項は事実と相違ないものと認めます。															
令和 6 年 12 月 10 日															
所属所名 新宿区立西新宿小学校															
所属所長職氏名 校長 山本 三郎 (公印省略)															
電話番号 03 (5320) △△△△															
事務取扱者氏名 共済 太郎															
												審査		承認	

給与明細書等から転記してください。

入院の場合に記入。入院予定がない場合や入院期間が不明な場合は未記入でかまいません。

提出先 : 公立学校共済組合東京支部給付貸付課資格担当

(令和6年12月)