

公立学校共済組合限度額適用認定申請書

組合員証記号番号	公立東京								(枝番) 00
組合員氏名								性別	男・女
生年月日	昭和・平成 年 月 日								
所属機関	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								性別	男・女
生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日								
入院予定期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで								
短期掛金の基礎となった標準報酬	月額						, 000円	等級	第 級
<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>公立学校共済組合東京支部長 殿</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>組合員 住 所 氏 名</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 (公印省略)</p> <p>電話番号 ()</p> <p>事務取扱者氏名</p>									
								審査	承認

(令和6年1月)

提出先：公立学校共済組合東京支部給付貸付課資格担当