

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                                  | 0                      | 1  | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7  | 0  | 0      | (枝番) |
| 組合員氏名   | 東京 太郎                                 |                        |    |   |   |   |   |   | 性別 | 男  | 女      |      |
| 生年月日  | 昭和                                    | 平成                     | 50 | 年 | 1 | 月 | 1 | 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   | 東京 光子                                 |                        |    |   |   |   |   |   | 性別 | 男  | 女      |      |
| 生年月日  | 昭和                                    | 平成                     | 53 | 年 | 5 | 月 | 5 | 日 |    |    |        |      |
| 入院予定期間  | 令和 6 年 5 月 10 日 から 令和 6 年 5 月 17 日 まで |                        |    |   |   |   |   |   |    |    |        |      |
| 短期掛金の基礎となった標準報酬   | 月額                                    | 5                      | 0  | 0 | , | 0 | 0 | 0 | 円  | 等級 | 第 30 級 |      |
| <p>上記のとおり公立学校共済組合限度額適用認定<br/>公立学校共済組合東京支部長 殿</p> <p>令和 6 年 5 月 7 日</p> <p>組合員 住所 新宿区西新宿〇-〇<br/>氏名 東京 太郎</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 6 年 5 月 7 日</p> <p>所属所名 新宿区立西新宿小学校<br/>所属所長職氏名 校長 山本 三郎<br/>電話番号 03 ( 5320 ) △△△△ (公印省略)<br/>事務取扱者氏名 共済 太郎</p> |                                       |                        |    |   |   |   |   |   |    |    |        |      |
|   |                                       |                        |    |   |   |   |   |   |    | 審査 | 承認     |      |
|   |                                       |                        |    |   |   |   |   |   |    |    |        |      |

入院期間が未定の場合や入院予定がない場合は未記入でかまいません。

給与明細書等から転記してください。