

## 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	公立鳥取	組合員氏名		性別
		生年月日	昭和 平成	年 月 日
所属機関	名称			
	所在地			
申請日の属する月の 標準報酬月額		級 円		
対象者氏名				性別
生年月日	昭和 平成	令和	年 月 日	

※ 該当する項目のいずれかに丸を付け、対象の期間等を記入してください。

	(入院) 入院期間	令和 年 月 から	
	(外来) 診療年月	令和 年 月 から	
	継続使用	令和 年 月 から	(注) 前回発行の認定証の返却が必要です。

上記のとおり申請します。

公立学校共済組合鳥取支部長 様

令和 年 月 日

住所  
申請者  
氏名

緊急を要する場合で、やむを得ず送付先を変更する場合は、送付先を記入してください。  
なお、医療機関等への発送は行いません。

【送付先】 ( 組合員住所 ・ 家族住所等 ) ← 該当するものに丸を付けてください。

〒 -

住所

氏名