

公立学校共済組合限度額適用認定申請書

組合員等の記号番号	公立山形				
組 合 員 氏 名				性別	男 ・ 女
生 年 月 日	年 月 日				
所 属 所	名 称				
	所在地				
	電話番号				
申請の日の属する月の標準報酬月額			円		
適用対象者氏名		性別	男 ・ 女	組合員との続柄	
生 年 月 日	年 月 日				
通院・入院期間（予定）	年 月 日から 年 月 日まで				
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。 公立学校共済組合山形支部長 殿 年 月 日 組合員 住 所 氏 名 					
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。 年 月 日 所属所長 職 名 氏 名 					