

公立学校共済組合
限度額適用申請書

所属所受付印	支部受付印

組合員証の記号番号		所属機関	名称				
公立熊本			所属所コード				
組合員氏名			性別	男・女	生年月日	大正 昭和 平成	年 月 日
適用対象者名		続柄	性別	男・女	生年月日	大正 昭和 平成	年 月 日
適用対象者名住所							
入院期間	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで						
申請の日の属する月の給料月額		円	適用区分	A (上位)	B (一般)		
<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>公立学校共済組合熊本支部長 殿</p> <p>平成 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">□□□-□□□□</p> <p style="text-align: right;">住所</p> <p style="text-align: right;">申請者 氏名 (印)</p> <p style="text-align: right;">電話番号 () -</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>平成 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">□□□-□□□□</p> <p style="text-align: right;">所属所所在地</p> <p style="text-align: right;">所属所名</p> <p style="text-align: right;">所属所長職氏名 (職印)</p> <p style="text-align: right;">電話番号 () -</p>							

注 印欄は記入しないでください。