

【公立学校共済組合限度額適用認定申請書の記入例】

公立学校共済組合限度額適用認定申請書

組合員証の記号番号	公立長崎 第 0000000 号		
組合員氏名	共済太郎	性別	男・女
生年月日	大正・昭和・平成 〇年 〇月 〇日		
所属所	名称	〇〇中学校	
	所在地	〇〇市〇〇町〇一〇	
申請の日の属する月の標準報酬の月額	第 21 級	360,000 円	
適用対象者氏名	共済〇〇(妻)	性別	男・女
生年月日	大正・昭和・平成 〇年 〇月 〇日		
入院期間 (通院期間)	平成 〇年 〇月 〇日 から 平成 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。			
公立学校共済組合長崎支部長 様		未定であれば空欄で可	
平成 〇年 〇月 〇日			
組合員住所 〇〇市〇〇町〇一〇			
氏名 共済太郎 (共済)			
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。			
平成 〇年 〇月 〇日			
所属所長 職名 〇〇市立〇〇中学校			
氏名 校長 〇〇 〇〇 (公)			