

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 _____ 号		
組合員氏名		性別	男 ・ 女
生 年 月 日	大正 ・ 昭和 ・ 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日		
所 属 所	名 称		
	所 在 地		
申請の日の属する月の標準報酬の月額		第 _____ 級	円
適用対象者氏名		性別	男 ・ 女
生 年 月 日	大正 ・ 昭和 ・ 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日		
入 院 期 間 (通院期間)	平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 から 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 まで		
<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 style="text-align: center;">公立学校共済組合長崎支部長 様</p> <p style="text-align: center;">平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日</p> <p style="text-align: center;">組 合 員 住 所</p> <p style="text-align: center;">氏 名 (印)</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 style="text-align: center;">平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日</p> <p style="text-align: center;">所 属 所 長 職 名</p> <p style="text-align: center;">氏 名 (印)</p>			