

(別紙)

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	公立京都						
組合員氏名				性別			
生年月日	昭和・平成		年		月		日
所属所名	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			
生年月日	昭和・平成		年		月		日
入院及び 治療開始日	平成		年		月		日
有効期限は記載された月の1日から1年間です。							
<p>上記のとおり公立学校共済組合限度額適用認定書の交付を申請します。</p> <p>公立学校共済組合京都支部長 様</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>〒</p> <p>組合員 住所</p> <p>氏名 ⑩</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>所属所長 職名</p> <p>氏名 公印</p> <p>電話</p>							