共済事務担当者印
㊞

限度額適用認定申請書

組合員証記号番号	公立鹿		所属所名	
（フリガナ）			生年月日	□ 昭和 □ 平成　　年　　月　　日
組合員氏名			性別	□ 男　□ 女

短期掛金の基礎となる額	標準報酬		高額療養費の自己負担限度額の所得区分	※ 記入不要（共済組合記入欄）
	等級　第　　級	標準報酬月額　　円		

適用対象	療養者	□ 組合員				
		□ 被扶養者	氏名		性別	□ 男　□ 女
			生年月日	□ 昭和 □ 平成　　年　　月　　日		
	療養予定期間	平成　　年　　月　　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。

公立学校共済組合鹿児島支部長　殿　　〒

住所

平成　　年　　月　　日

申請者（組合員）　氏名　　㊞

電話番号（　　－　　－　　）

上記の記載事項は，事実と相違ないものと認めます。　　〒

平成　　年　　月　　日　所属所所在地

所属所長 職・氏名　　印

電話番号（　　－　　－　　）