

※	事務局次長	給付班長	班	主 査
下記のとおり 承認する。				

限度額適用認定申請書

記 号 番 号	公立岡山			組 合 員 氏 名	
生 年 月 日	和暦	年 月 日			
所 属 機 関	名 称				
	コ ー ド				
	所 在 地				
申請する日の属する月の標準報酬の月額		円			
適 用 対 象 者	氏 名				
	住 所				
	生 年 月 日	和暦	年 月 日		
入院・通院予定期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで				
送 付 先	所 属 所			組 合 員 住 所	
上記のとおり申請します。 公立学校共済組合岡山支部長 殿 令和 年 月 日 住 所 組合員 氏 名				所 属 所 受 付 印	支 部 受 付 印

※	事務局次長	給付班長	班	主 査
下記のとおり 承認する。				

限 度 額 適 用 認 定 申 請 書

記 号 番 号	公立岡山	A〇〇〇〇〇〇		組 合 員 氏 名	岡 山 太 郎	
生 年 月 日	和 暦	昭 和 〇 年 〇 月 〇 日				
所 属 機 関	名 称	△△市立〇〇学校				
	コ ー ド	〇A〇〇〇				
	所 在 地	△△市〇〇町〇-〇				
申請する日の属する月の標準報酬の月額		〇〇〇,〇〇〇 円				
適 用 対 象 者	氏 名	岡 山 太 郎				
	住 所	〇〇市〇-〇				
	生 年 月 日	和 暦	昭 和 〇 年 〇 月 〇 日			
入院・通院予定期間	令和 〇 年 7 月 1 日から 令和 〇 年 7 月 15 日まで					
送 付 先	所 属 所		期間未定の場合は空欄にする (1年間有効の証を発行します)			
上記のとおり申請します 公立学校共済組合岡山 令和 〇 年 6 月 20 日 住 所 岡山市北区内山下2-4-6 組合員 氏 名 岡 山 太 郎		有効期間は所属で受け付けた月の1日からとなります 資格取得月に申請した場合は資格取得日から		所属所受付印	支部受付印	
		所属所受付印				