

限度額適用認定申請書

組合員証記号番号			
組合員	氏名	S H R 年 月 日	所属課 (部)
	生年月日		課 名
適用対象者		氏名	男・女
		住所	
生年月日及び続柄		S H R 年 月 日	続柄
入院期間		令和 年 月 日	から 令和 年 月 日まで
① 申請日の前 1 年間の入院期間 (日数)		年 月 日 から	日間
		年 月 日 まで	
入院をした保険医療機関等		名称	
		所在地	
② 申請日の前 1 年間の入院期間 (日数)		年 月 日 から	日間
		年 月 日 まで	
入院をした保険医療機関等		名称	
		所在地	
③ 申請日の前 1 年間の入院期間 (日数)		年 月 日 から	日間
		年 月 日 まで	
入院をした保険医療機関等		名称	
		所在地	
④ 申請日の前 1 年間の入院期間 (日数)		年 月 日 から	日間
		年 月 日 まで	
入院をした保険医療機関等		名称	
		所在地	
⑤ 申請日の前 1 年間の入院期間 (日数)		年 月 日 から	日間
		年 月 日 まで	
入院をした保険医療機関等		名称	
		所在地	
国家公務員共済組合法施行令第 1 1 条の 3 の 5 第 1 項第 1 号		該当 ・ 非該当	
国家公務員共済組合法施行令第 1 1 条の 3 の 5 第 1 項第 2 号		該当 ・ 非該当	
国家公務員共済組合法施行令第 1 1 条の 3 の 5 第 1 項第 3 号		該当 ・ 非該当	
国家公務員共済組合法施行令第 1 1 条の 3 の 5 第 1 項第 4 号		該当 ・ 非該当	
上記のとおり申請します。			
文部科学省共済組合 琉球大学支部長 殿 令和 年 月 日 申請者 住所 氏名			

「該当」又は「非該当」の文字については、該当しない文字を消すこと。

備考 用紙の大きさは、日本工業規格 A4 とする。