限度額適用認定申請書

組合員証記号番号			
組合員	氏名	年 月 日	所属課(部)
	生年月日		課 名
適用対象者	氏名 住所	男・女	
生年月日及び続柄		年 月 日 続柄	
入院期間		年 月 日から 年 月 日まで	
①	申請日の前1年間の入院期間(日数)	令和 年 月 日から 日間 令和 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)	令和 年 月 日から 日間 令和 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)	令和 年 月 日から 日間 令和 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)	令和 年 月 日から 日間 令和 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)	令和 年 月 日から 日間 令和 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11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11条の3の5第1項第2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東京科学大学支部長 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。