

所属所受付印

標準負担額
限度額適用・標準負担額

減額認定申請書

| | | | | | |
|--------------------------|--------------------|---------------------------------------|---|-------|----|
| 組合員証記号番号 | | ※共済使用区分表記 | | オ・Ⅱ・Ⅰ | |
| 組合員 | 氏名 | 所属機関の名称及び所在地 | | | |
| | 生年月日 | 昭和・平成 | 年 | 月 | 日 |
| 減額対象者 | 氏名 | 続柄 | | 長期入院 | 該当 |
| | 生年月日 | 昭和・平成・令和 | 年 | | 月 |
| | 住所 | | | | |
| ① | 申請日の前の1年間の入院期間(日数) | 名称 | | | |
| | 入院をした保険医療機関等 | 所在地 | | | |
| ② | 申請日の前の1年間の入院期間(日数) | 名称 | | | |
| | 入院をした保険医療機関等 | 所在地 | | | |
| ③ | 申請日の前の1年間の入院期間(日数) | 名称 | | | |
| | 入院をした保険医療機関等 | 所在地 | | | |
| ④ | 申請日の前の1年間の入院期間(日数) | 名称 | | | |
| | 入院をした保険医療機関等 | 所在地 | | | |
| 年中 の所得の状況 | 氏名 | 公的年金(退職共済年金、老齢基礎年金、老齢厚生年金、老齢年金、退職年金等) | 円 | | |
| | | 給与(パート収入を含む) | 円 | | |
| | | 年金・給与以外の所得(所得) <収入-必要経費> | 円 | | |
| | 氏名 | 公的年金(退職共済年金、老齢基礎年金、老齢厚生年金、老齢年金、退職年金等) | 円 | | |
| | | 給与(パート収入を含む) | 円 | | |
| | | 年金・給与以外の所得(所得) <収入-必要経費> | 円 | | |
| | 氏名 | 公的年金(退職共済年金、老齢基礎年金、老齢厚生年金、老齢年金、退職年金等) | 円 | | |
| | | 給与(パート収入を含む) | 円 | | |
| | | 年金・給与以外の所得(所得) <収入-必要経費> | 円 | | |
| 上記のとおり申請します。 | | | | | |
| 公立学校共済組合広島支部長 様 | | | | | |
| 令和 年 月 日 千 | | | | | |
| 申請者 住所 | | | | | |
| 氏名 | | | | | |
| 上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。 | | | | | |
| 令和 年 月 日 | | | | | |
| 所属所名 | | | | | |
| 所属所長 職・氏名 | | | | | |

【留意事項】

標準負担額及び限度額適用・標準負担額減額認定証には**共済組合に届出している住所が記載**されます。届出済住所に変更がある場合は、組合員等情報変更申告書を併せて提出願います。