

標準負担額
限度額適用・標準負担額

減額認定申請書

所属所受付印

組合員等番号		※共済使用区分表記		オ ・ II ・ I	
組合員	氏 名	所属機関の名称			
	生年月日	昭和・平成 年 月 日	及び所在地		
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 日			非該当
	住 所				
①	申請日の前の1年間の入院期間(日数)	名 称			
		所在地			
	入院をした保険医療機関等	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	日間		
②	申請日の前の1年間の入院期間(日数)	名 称			
		所在地			
	入院をした保険医療機関等	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	日間		
③	申請日の前の1年間の入院期間(日数)	名 称			
		所在地			
	入院をした保険医療機関等	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	日間		
④	申請日の前の1年間の入院期間(日数)	名 称			
		所在地			
	入院をした保険医療機関等	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	日間		
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 住所 申請者 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ある住所が記載**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。