

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			
	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	性別	男・女	非該当
	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)			円
		＜収入-必要経費＞			
	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)			円
		＜収入-必要経費＞			
	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)			円
		＜収入-必要経費＞			
上記のとおり申請します。					
公立学校共済組合広島支部長 殿					
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。