

限度額適用・標準負担額 減額認定申請書

組合員	氏 名		組合員等記号番号	公立高知	(枝番)00
所属所	名 称				
	所在地				
減額対象者	氏 名		生年月日	年	月 日
長期入院		該当 ・ 非該当			
①	申請日の前1年間の入院期間		令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	日間	
	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		令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	日間	
	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		令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	日間	
	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		令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	日間	
	入院をした保険医療機関等		名 称 所在地		
令和 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(パート収入等を含む)			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(パート収入等を含む)			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(パート収入等を含む)			円
		年金・給与以外の所得(所得) <収入-必要経費>			円

長期入院(91日以上)に
該当する場合に記入

組合員が70歳以上で、
養老者が低所得者に該当する場合と
その被扶養者のみ記入

上記のとおり申請します。
公立学校共済組合 高知 支部長 様
令和 年 月 日
組合員氏名

上記のとおり申請がありましたので、提出します。
令和 年 月 日
所属所長名

- 1.非課税証明書、又は情報連携に係る同意書(様式第3-60号)を添付してください。
- 2.長期入院該当の場合は、入院期間を確認できる書類を添付してください。

限度額適用・標準負担額 減額認定申請書

<記入例>

組合員	氏 名	公立 花子	組合員等記号番号	公立高知123456 (枝番)00
所属所	名 称	〇〇〇高等学校		
	所在地	〇〇市〇〇町1-2-3		
減額対象者	氏 名	公立 花子	生年月日	平成3年8月10日
長期入院		該当 ・ 非該当		
①	申請日の前1年間の入院期間		令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	日間
	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		令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	日間
	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		令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	日間
	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		令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	日間
	入院をした保険医療機関等		名 称 所在地	
令和 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(パート収入等を含む)		円
		年金・給与以外の所得(所得)		円
		<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(パート収入等を含む)		円
		年金・給与以外の所得(所得)		円
		<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(パート収入等を含む)		円
		年金・給与以外の所得(所得)		円
		<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 高知 支部長 様

令和 〇年 〇月 〇日

組合員氏名 公立 花子

上記のとおり申請がありましたので、提出します。

令和 〇年 〇月 〇日

所属所長名 福利 一男

長期入院
する場合
(91日以上)
に

組合員が
70歳以上
で、組合
員と全
ての被
扶
養
者
が
低
所
得
者
に
該
当
す
る
場
合
の
み
記
入

- 1.非課税証明書、又は情報連携に係る同意書(様式第3-60号)を添付してください。
- 2.長期入院該当の場合は、入院期間を確認できる書類を添付してください。