

限度額適用認定申請書

組合員氏名		組合員証等 記号・番号	公立奈良
生年月日	年 月 日生 (歳)	申請時の 標準報酬月額	円
対象者氏名		傷病の原因	(該当を○で囲む) 1、第三者加害行為 (原則加害者負担) 2、公務(通勤)災害 (申請中) 3、その他
生年月日	年 月 日生 (歳)		
対象者住所			
申請期間	(申請月) 年 月初日 ~ 年 月末日	※記載がない場合は、受付した月の初日から3か月間有効の証交付とします。	
希望送付先 <small>※所属所での受取ができない場合のみ記入</small>	<input type="checkbox"/> 組合員宅 <input type="checkbox"/> その他 [〒 _____]		<small>※原則、所属書送付です。 組合員宅等への送付は、組合員本人がすでに入院している等の事情により、所属所で認定証を受け取れない場合に限りです。</small>
上記のとおり申請します。 公立学校共済組合奈良支部長 殿 令和 年 月 日 〒 _____ 住所 _____ 職名・氏名 _____ 組合員 (電話番号: _____)			
所属所名(電話)	(_____)		
所属所受付印欄	※組合員が市町村民税非課税者の場合は、「限度額適用・標準負担額減額認定申請書」をご提出ください。		

記入例

限度額適用認定申請書

組合員証に枝番の記載がある場合、その番号も記入してください。

組合員氏名	公立 太郎	組合員証等 記号・番号	公立奈良 ××××××
生年月日	平成 8年 7月 30日 生 (25 歳)	申請時の 標準報酬月額	280000 円
対象者氏名	公立 花子	傷病の原因	(該当を○で囲む) 1、第三者加害行為 (原則加害者負担) 2、公務(通勤)災害 (申請中) 3、 ○ その他
生年月日	平成 7年 8月 26日 生 (26 歳)		該当するものを○で囲む。 交通事故等の第三者行為や 公務災害が原因でなければ 「3」に○をつけてください。
対象者住所	奈良県奈良市登大路町○○○-×		
申請期間	(申請月) 令和 3年 7月初日 ~ 令和 3年 12月末日	※記載がない場合は、受付した月の初日から3か月間有効の証交付とします。	
希望送付先	<input checked="" type="checkbox"/> 組合員宅 <input type="checkbox"/> その他 [〒	※原則、所属書送付です。	
上記のとおり申請します。 公立学校共済組合奈良支部長 殿		通常、認定証は所属所に送付しますが、事情があり組合員が所属所で認定証を受け取れない場合は、送付希望先の「組合員宅」に✓を入れてください。里帰り出産などで所属所や組合員の自宅以外への送付を希望される場合は、「その他」に記入。	
令和 3 年 7 月 1 日		〒 ○○○-×	
住所		奈良市○○町999番地	
組合員		職名・氏名 公立 太郎	
		(電話番号: 0742-99-××××)	
所属所名(電話)	奈良野小学校 (0742-00-0000)		
所属所受付印欄	※組合員が市町村民税非課税者の場合は、「限度額適用・標準負担額減額認定申請書」をご提出ください。		
<div style="border: 2px solid black; border-radius: 50%; padding: 10px; display: inline-block;"> <p style="margin: 0;">受付</p> <p style="margin: 0;">03.07.04</p> <p style="margin: 0;">奈良野小学校</p> </div>			

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 記号・番号	公立奈良
減額 対象者	氏名				傷病の原因 (該当を○で囲む) 1、第三者加害行為 (原則加害者負担) 2、公務(通勤)災害 (申請中) 3、その他
	生年月日	年 月 日生 (歳)			
	組合員との 続柄		性別		長期入院 (該当する方に ☑を入れる)
	対象者 住所	申請月以前1年間の入院日数 ・90日を超える場合 → <input type="checkbox"/> 該当 ・90日以内の場合 → <input type="checkbox"/> 非該当			
①	申請日の前1年間の入院期間		年 月 日から 年 月 日まで (日間)		
	入院をした保険医療機関		名称		
				所在地	
②	申請日の前1年間の入院期間		年 月 日から 年 月 日まで (日間)		
	入院をした保険医療機関		名称		
				所在地	
③	申請日の前1年間の入院期間		年 月 日から 年 月 日まで (日間)		
	入院をした保険医療機関		名称		
				所在地	
組合員の 年中の 所得の状況	給与				
	公的年金		円		
	給与・公的年金以外の所得 () 所得		円		
<p>上記のとおり申請します。 公立学校共済組合奈良支部長 殿</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">〒 _____</p> <p style="text-align: center;">住所 _____</p> <p style="text-align: center;">組合員 職名・氏名 _____</p> <p style="text-align: center;">(電話番号: _____)</p>					
所属所名 (電話)		()			
所属所受付印欄		<p>【この報告書を提出するとき、次の添付書類が必要です。】</p> <p><input type="checkbox"/> 組合員にかかる市町村民税非課税証明書</p> <p>※同意書により市町村民税非課税証明書を省略する場合はご連絡ください。</p> <p>※組合員が低所得者(市町村民税非課税)に該当する場合に提出してください。</p>			

限度額適用・標準負担額減額認定

組合員証に枝番の記載がある場合、その番号も記入してください。
[××××××-××]

記入例

組合員氏名	公立 太郎			公立奈良	××××××
減額対象者	氏名	公立 花			(該当を○で囲む)
	生年月日	平成 7 年 8 月 26 日生 (26 歳)			傷病の原因 1、第三者加害行為 (原則加害者負担) 2、公務 (通勤) 災害 (申請中) 3、その他
	組合員との続柄	妻	性別	女	長期入院 (該当する方に☑を入れる) 申請月以前1年間の入院日数 ・90日を超える場合 → <input checked="" type="checkbox"/> 該当 ・90日以内の場合 → <input type="checkbox"/> 非該当
	対象者住所	奈良県奈良市登大路町○○○-×			

該当するものを○で囲む。
交通事故等の第三者行為や公務災害が原因でなければ「3」に○をつけてください。

申請日以前12か月以内の入院日数を記入し、その日数が90日を超える場合は「長期入院」の該当に☑を入れてください。

①	申請日の前1年間の入院期間	令和 3 年 4 月 1 日から 令和 3 年 7 月 21 日まで
	入院をした保険医療機関	名称: △△△病院 所在地: 奈良市△△△町777番地
②	申請日の前1年間の入院期間	年 月 日から 年 月 日まで (日間)
	入院をした保険医療機関	名称 所在地
③	申請日の前1年間の入院期間	年 月 日から 年 月 日まで (日間)
	入院をした保険医療機関	名称 所在地

組合員の 令和2年中の 所得の状況	給与	280,000 円
	公的年金	円
	給与・公的年金以外の所得 () 所得	

非課税所得者の記載内容をもとに記入してください。
(この例の場合は令和2年1月から令和2年12月の所得が記載されている、令和3年度非課税証明をもとに記入)

上記のとおり申請します。
公立学校共済組合奈良支部長 殿
令和 3 年 9 月 1 日
〒 ○○○-××××

住所 奈良市○○町999番地

組合員 職名・氏名 公立 太郎
(電話番号: 0742-99-××××)

所属所名 (電話) 奈良野小学校 (0742-00-0000)

所属所受付印欄

【この報告書を提出するとき、次の添付書類が必要です。】

組合員にかかる市町村民税非課税証明書

※同意書により市町村民税非課税証明書を省略する場合はご連絡ください。

※組合員が低所得者 (市町村民税非課税) に該当する場合に提出してください。

受付

03.09.02

奈良野小学校