

標準負担額減額認定申請書

| | | | |
|--|--|----------------------|-----|
| 組合員氏名 | | 所 属 名 | |
| 職員コード | | 所属コード | |
| 組 合 員 生 年 月 日 | 年 月 日 | 性 別 | 男 女 |
| 減 額 対 象 者 氏 名 | | 性 別 | 男 女 |
| 減額対象者生年月日 | 年 月 日 | 続 柄 | |
| 減 額 対 象 者 住 所 | | | |
| 長 期 入 院 | <input type="checkbox"/> 該当（申請日の前1年間に通算90日以上入院） <input type="checkbox"/> 非該当 | | |
| ① | 申請日の前1年間の入院期間（日数） | 年 月 日 から 年 月 日 まで | |
| | 入院をした保険医療機関 | 所在地 | |
| | | 名 称 | |
| ② | 申請日の前1年間の入院期間（日数） | 年 月 日 から 年 月 日 まで | |
| | 入院をした保険医療機関 | 所在地 | |
| | | 名 称 | |
| ③ | 申請日の前1年間の入院期間（日数） | 年 月 日 から 年 月 日 まで | |
| | 入院をした保険医療機関 | 所在地 | |
| | | 名 称 | |
| 別紙証明書のとおり、減額認定の条件に該当しますので、上記のとおり申請します。 公立学校共済組合新潟支部長 様 年 月 日 <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 60%;"> 住所 請 求 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。 年 月 日 〒 _____ TEL _____ () _____ 所属所在地 所 属 名 所属長職氏名 職印 </div> <div style="width: 35%; border: 1px solid black; text-align: center; padding: 5px;"> 福利課受付印 </div> </div> | | | |

- (注) 1 この申請書は、減額対象者1人ごとに1枚提出してください。
- 2 市町村民税非課税証明書又は保護申請却下通知書、長期入院に該当することが確認できる書類を添付してください。
- 3 日付は和暦で記入してください。

(共済組合使用欄)

| | | | | | | | |
|------|------|-----|-----|---|-----|-----------|-------|
| 伺年月日 | 事務局長 | 次 長 | 係 長 | 係 | 担当者 | 発 効 年 月 日 | 年 月 日 |
| | | | | | | 有 効 期 限 | 年 月 末 |