

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