

**標準負担額  
限度額適用・標準負担額  
減額認定申請書**

組合員等記号・番号		公立阪	所属所名	
組合員	氏名		生年月日	昭和・平成 年 月 日
減額 対象者	氏名		生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日
	住所			
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		
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	
上記のとおり申請します。				
公立学校共済組合大阪支部長 様 郵便番号 _____			電話	_____
令和 年 月 日		住所		
組合員 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			電話	_____
郵便番号 _____		所在地		
		所属所名		
		職名		
		所属所長 氏名		
			所属所 受付印	※受付印がない場合は公印を押印してください。

- 1 添付書類 ・ 療養を受ける月の属する年度（療養を受ける月が4月から7月までの場合は前年度分）の市町村民税非課税証明書等【組合員分】
- 2 上位所得者（標準報酬月額が53万円以上）及び70歳以上の現役並み所得者に該当する場合は、減額認定の申請はできません。
- 3 長期該当（減額対象者である期間に係る入院日数が90日を超えた場合）となった場合は、①②の入院期間を記入し、下記の書類を添付のうえ再度認定申請を行ってください。
  - (1) 入院期間を証明できる書類（医療機関の領収書等）
  - (2) 交付済の「限度額適用・標準負担額減額認定証」