

限度額適用・標準負担額減額認定申請書

資格確認書		所属所名 (所属コード)	(E)		組合員証番号														
保有 ・ 未保有					組合員氏名														
減額対象者	氏名		続柄	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	※長期 入院	該当 ・ 非該当									
	住所	〒																	
長期入院該当者は記入してください																			
①	申請日の前 1 年間の入院期間（日数）		令和		年	月	日	～	令和	年	月	日	（	日間）					
	入院をした保健医療機関等		名称																
			所在地																
②	申請日の前 1 年間の入院期間（日数）		令和		年	月	日	～	令和	年	月	日	（	日間）					
	入院をした保健医療機関等		名称																
			所在地																
③	申請日の前 1 年間の入院期間（日数）		令和		年	月	日	～	令和	年	月	日	（	日間）					
	入院をした保健医療機関等		名称																
			所在地																
限度額適用・ 標準負担額減額認定証 送付先		組合員住所 ・ その他		宛名 〒 ※病院へ直接送付することはできません。適用対象者の手元に届く送付先を記入してください。															
上記のとおり申告します。 公立学校共済組合徳島支部長 殿 〒 令和 年 月 日 組合員 住所 氏名 (印) (自署の場合省略可)																			
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 職名 所属所長 氏名																			
<table><tr><td colspan="2">所属所受付年月日</td></tr><tr><td colspan="2">所属所の文書受付印の押印又は 受付印がない場合は年月日を記入し 担当者印を押印してください。</td></tr><tr><td colspan="2">令和 年 月 日</td></tr></table>														所属所受付年月日		所属所の文書受付印の押印又は 受付印がない場合は年月日を記入し 担当者印を押印してください。		令和 年 月 日	
所属所受付年月日																			
所属所の文書受付印の押印又は 受付印がない場合は年月日を記入し 担当者印を押印してください。																			
令和 年 月 日																			

※長期入院該当：申請を行った月以前 1 2 月の低所得者としての入院日数が 91 日以上。非該当として申請後に、該当となった場合は再度申請してください。

- 1.組合員の市区町村民税が非課税となっている場合に申請してください。（新規採用職員、育児休業や休職（傷病手当金受給）等により、非課税証明書等が添付できる組合員が該当します。）
標準報酬月額が53万円以上の場合は、非課税証明書が添付されていてもこの申請の対象となりません。
- 2.添付書類
ア.組合員に係る市区町村非課税証明書（当年度の非課税証明書が有効となるのは当年度8月1日～翌年度の7月31日まで。例：令和6年度の非課税証明書は令和6年8月1日～令和7年7月31日まで有効。非課税証明書の有効日までがこの申請で発行される証の有効期限となります。）
イ.入院期間を確認できる医師の証明書等（長期入院該当者のみ）

公立 学校 共済 組合	受付欄	
----------------------	-----	--

限度額適用・標準負担額減額認定申請書

資格確認書		所属所名 (所属コード)	〇〇小学校 (E 1234)	組合員住所	資格確認書未保有の場合 証は発行されません。		1234567										
保有・未保有					徳島 太郎												
減額対象者	氏名	徳島 太郎		続柄	本人	生年月日	昭和 平成 令和 10 年 10 月 30 日	※長期入院	該当・非該当								
	住所	対象者が被扶養者であり、住所が組合員と異なる場合は記入してください															
長期入院該当者は記入してください																	
①	申請日の前1年間の入院期間(日数)		令和 5 年 11 月 1 日 ~ 令和 5 年 12 月 31 日 (61 日間)														
	入院をした保健医療機関等		名称	〇〇病院													
			所在地	病院の住所を記入してください													
②	申請日の前1年間の入院期間(日数)		令和 6 年 4 月 1 日 ~ 令和 6 年 4 月 20 日 (20 日間)														
	入院をした保健医療機関等		名称	△△病院													
			所在地	病院の住所を記入してください													
③	申請日の前1年間の入院期間(日数)		令和 6 年 6 月 10 日 ~ 令和 6 年 6 月 20 日 (10 日間)														
	入院をした保健医療機関等		名称	〇〇病院													
			所在地	病院の住所を記入してください													
限度額適用・標準負担額減額認定証送付先		組合員住所・その他		宛名 〇〇小学校 〒 123-4567 宛先の所在地を記入してください ※病院へ直接送付することはできません。適用対象者の手元に届く送付先を記入してください。													
上記のとおり申告します。																	
公立学校共済組合徳島支部長 殿 令和 6 年 10 月 1 日 組合員 住所 組合員の住所を記入してください 氏名 徳島 太郎 (印) (自署の場合省略可)																	
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。																	
令和 6 年 10 月 2 日 職名 〇〇小学校 校長 所属所長 氏名 阿波 次郎																	
<table><tr><td colspan="2">所属所受付年月日</td></tr><tr><td colspan="2">所属所の文書受付印の押印又は受付印がない場合は年月日を記入し担当者印を押印してください。</td></tr><tr><td colspan="2">受付 06.10.02</td></tr><tr><td>令和</td><td>年 月 日</td></tr></table>										所属所受付年月日		所属所の文書受付印の押印又は受付印がない場合は年月日を記入し担当者印を押印してください。		受付 06.10.02		令和	年 月 日
所属所受付年月日																	
所属所の文書受付印の押印又は受付印がない場合は年月日を記入し担当者印を押印してください。																	
受付 06.10.02																	
令和	年 月 日																

※長期入院該当：申請を行った月以前12月の低所得者としての入院日数が91日以上。非該当として申請後に、該当となった場合は再度申請してください。

- 1.組合員の市区町村民税が非課税となっている場合に申請してください。（新規採用職員、育児休業や休職（傷病手当金受給）等により、非課税証明書等が添付できる組合員が該当します。）
標準報酬月額が53万円以上の場合は、非課税証明書が添付されていてもこの申請の対象となりません。
- 2.添付書類
ア.組合員に係る市区町村非課税証明書（当年度の非課税証明書が有効となるのは当年度8月1日～翌年度の7月31日まで。例：令和6年度の非課税証明書は令和6年8月1日～令和7年7月31日まで有効。非課税証明書の有効日までがこの申請で発行される証の有効期限となります。）
イ.入院期間を確認できる医師の証明書等（長期入院該当者のみ）

公立学校共済組合	受付欄
----------	-----