

<記入例>

標準負担額

〔用紙No. 限度額2〕

減額認定申請書

限度額適用・標準負担額

- 1 マイナ保険証(健康保険証として利用登録済のマイナンバーカード)をお持ちの方には、「限度額適用・標準負担額減額認定証」(以下「証」といいます。)を交付しません。この場合、本申請書の提出後、共済組合での手続が完了しましたらご連絡をします。医療機関等の窓口でマイナ保険証を提示することで、高額療養費制度における限度額及び入院時食事療養費の標準負担額減額が適用されます。ただし、マイナ保険証を持っていても証発行要否欄の「要」に○をした場合は「証」を交付します(この場合はご連絡はいたしません。)
- 2 マイナ保険証をお持ちでない方には、証発行要否欄の要否にかかわらず「証」を交付します。

組合員記号番号		公立東京	番号	0	1	2	3	4	5	6	7	0	0	証発行要否	要	否
組合員	氏名	東京 太郎			所属機関		新宿区立西新宿小学校									
	生年月日	昭和50年 1月 1日			所在地		新宿区西新宿○-△-△									
減対象者	氏名	東京 光子			組合員との続柄		妻									
	生年月日	昭和53年 5月 5日			性別		男・女									
	住所	東京都新宿区西新宿○-○														
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 8年 8月 5日から		令和 8年 9月 14日まで		41 日間										
	入院をした保険医療機関等	名称		〇〇病院												
		所在地		東京都世田谷区○-○												
②	申請日の前1年間の入院期間	令和 8年 10月 4日から		令和 8年 12月 16日まで		74 日間										
	入院をした保険医療機関等	名称		〇〇総合医療センター												
		所在地		東京都文京区○-○-△												
③	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														
④	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(年金払い退職給付、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)													円	
	<収入-必要経費>															円
	氏名	公的年金(年金払い退職給付、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)													円	
	<収入-必要経費>															円
	氏名	公的年金(年金払い退職給付、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)													円			
<収入-必要経費>															円	
上記のとおり申請します。																
公立学校共済組合東京支部長 殿																
令和 8年 12月 19日																
住所 東京都新宿区西新宿○-○																
申請者 氏名 東京 太郎																
上記の記載事項は事実と相違ないものと認めます。																
令和 8年 12月 20日																
所属所コード 1234567																
所属所名 新宿区立西新宿小学校																
所属所長職氏名 校長 山本 三郎 (公印省略)																
電話番号 03 (5320) △△△△																
事務取扱者氏名 共済 太郎																
														審査	承認	

提出先 : 公立学校共済組合東京支部給付貸付課資格担当

(令和8年1月)