

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		公立鳥取					
組合員		氏名		所属機関	名称		
		生年月日	年 月 日		所在地		
減額対象者		氏名		組合員との続柄			
		生年月日	年 月 日	性別	男・女		
		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		年 月 日から 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		年 月 日から 年 月 日まで			日間	
	入院をした保険医療機関等		名称 所在地				
③	申請日の前1年間の入院期間		年 月 日から 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		年 月 日から 年 月 日まで			日間	
	入院をした保険医療機関等		名称 所在地				
の の の の	年 中 所 得 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	
	年 中 所 得 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	
上記のとおり申請します。 公立学校共済組合鳥取支部長様 令和 年 月 日 〒 — 住 所 _____ 申請者 _____ 氏 名 _____							

- 1 この申請書には、組合員に係る市町村民税非課税証明書を添付してください。
- 2 長期入院該当の場合は、入院期間、入院をした保険医療機関等を記入してください。