

限度額適用・標準負担額減額認定申請書

所属所受付印	共済組合受付印

組合員等記号番号		公立富第 号			
組合員	氏名				
	生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日			
	所属機関	名称			
		所在地			
減額対象者	氏名			組合員との続柄	
	生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日		性別	男・女
長期入院		該当・非該当			
①	申請日前1年間の入院期間（日数）		令和 年 月 日から	日間	
			令和 年 月 日まで		
	入院した保険医療機関等	名称			
所在地					
②	申請日前1年間の入院期間（日数）		令和 年 月 日から	日間	
			令和 年 月 日まで		
	入院した保険医療機関等	名称			
所在地					
③	申請日前1年間の入院期間（日数）		令和 年 月 日から	日間	
			令和 年 月 日まで		
	入院した保険医療機関等	名称			
所在地					
④	申請日前1年間の入院期間（日数）		令和 年 月 日から	日間	
			令和 年 月 日まで		
	入院した保険医療機関等	名称			
所在地					

上記のとおり申請します。

公立学校共済組合富山支部長 殿

令和 年 月 日

住所

申請書

氏名

(自署)

R7.7

添付書類：療養のあった月の属する年度（当該療養のあった月が4～7月の場合は、前年度）分の
組合員に係る市町村長発行の課税証明書又は非課税証明書

限度額適用・標準負担額減額認定申請書

所属所受付印	共済
所属所受付印	記入例

組合員等記号番号	公立富第 △△△△△△ 号		
組合員	氏名	公立 太郎	
	生年月日	昭和・平成・令和 昭和 〇〇年 〇月 〇日	
	所属機関	名称	〇〇市立〇〇〇学校
所在地		〇〇市〇〇 〇〇番地〇〇号	
減額対象者	氏名	公立 太郎	組合員との続柄 本人
	生年月日	昭和・平成・令和 昭和 〇〇年 〇月 〇日	性別 男 ・女
長期入院	該当・ 非該当		

①	申請日前1年間の入院期間（日数）	令和 〇年 9月 20日から 令和 〇年 9月 27日まで	8 日間
	入院した保険医療機関等	名称 〇〇市民病院 所在地 〇〇市 〇〇 〇〇番地〇号	
②	申請日前1年間の入院期間（日数）	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	日間
	入院した保険医療機関等	名称 所在地	
③	申請日前1年間の入院期間（日数）	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	日間
	入院した保険医療機関等	名称 所在地	
④	申請日前1年間の入院期間（日数）	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	日間
	入院した保険医療機関等	名称 所在地	

上記のとおり申請します。

公立学校共済組合富山支部長 殿

令和 〇年 〇〇月 〇〇日

住所 〇〇市 △△町 △△△番地

申請書

氏名 公立 太郎

(自署)