

限度額適用・標準負担額減額認定申請書

所 属 所 名		減額対象者氏名							
組 合 員 氏 名		生 年 月 日		年 月 日 <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">続柄</span>					
組 合 員 証 番 号		長 期 入 院		該 当 非該当					
①	申請日の前1年間の入院期間(日数)		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(日数)		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(日数)		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(日数)		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							
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)	円					
			<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)	円					
			<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)	円						
		<収入-必要経費>	円						
別添証明書のとおり、減額認定の条件に該当しますので、上記のとおり申請します。 東京都職員共済組合理事長 殿 年 月 日 退職者の場合 電話番号 ( ) 〒 住 所 申請者 氏 名 <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">印</span> *申請者の「氏名」の欄は、記名押印することに代えて、自筆による署名をすることができます。									
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。				共済組合受付印					
年 月 日		共済組合 決定欄 課長							
所属所長	職 名					課長代理			
	氏 名 <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">印</span>								
	担当者 電話番号								

●太線枠内を記入してください

[注意事項]

- 1 区市町村民税非課税証明書(療養月が4月から7月までの場合は前年度の区市町村民税非課税証明書、8月から(翌年)3月までの場合は当該年度の区市町村民税非課税証明書)を添付してください。減額対象者が被扶養者の場合は、組合員本人と被扶養者との両方の区市町村民税非課税証明書の添付が必要です。
- 2 長期入院に該当する者(本申請書を提出した月以前において12月以内の入院日数が90日を超える者)の場合は、入院期間を確認できる書類を添付してください。
- 3 組合員本人が69歳以下で標準報酬月額が53万円以上又は組合員本人が70歳以上で標準報酬月額が28万円以上に該当する場合は、限度額適用・標準負担額認定証を発行することはできません。

記入例

## 限度額適用・標準負担額減額認定申請書

●太線枠内を記入してください

所属所名	〇〇局総務部	減額対象者氏名	共済 太郎	
組合員氏名	共済 太郎	生年月日	昭和 45年 12月 25日	
組合員証番号	0 1 2 3 4 5 6 7	長期入院	該当 <span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">非該当</span>	
①	申請日の前1年間の入院期間(日数)	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(日数)	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(日数)	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(日数)	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		
○ 年 中 の 所 得 の 状 況	氏名	共済 太郎	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)	0 円
			給与(パート収入等を含む)	0 円
			年金・給与以外の所得(収入一必要経費)	0 円
	氏名	共済 花子	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)	0 円
			給与(パート収入等を含む)	0 円
			年金・給与以外の所得(収入一必要経費)	0 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(収入一必要経費)	円
別添証明書のとおり、減額認定の条件に該当しますので、上記のとおり申請します。 東京都職員共済組合理事長 殿 年 月 日 <div style="border: 1px solid red; border-radius: 10px; padding: 2px; display: inline-block; margin-left: 20px;">請求年月日記入</div> 〒123-4567 住所 新宿区中央〇-〇-〇 申請者 氏名 共済 太郎 <span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">共</span> *申請者の「氏名」の欄は、記名押印することによって、自筆による署名をすることができます。				
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。 年 月 日 <div style="border: 1px solid red; border-radius: 10px; padding: 2px; display: inline-block; margin-left: 20px;">証明年月日記入</div> 職名 〇〇局総務部長 氏名 千代田 一郎 <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">公印</span> 担当者 戸山 志美子 電話番号 03-1234-5678			共済組合受付印 <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 100px; margin: 0 auto;"></div>	

共済組合 決定欄 課長
課長代理
担当

**[注意事項]**

- 区市町村民税非課税証明書(療養月が4月から7月までの場合は前年度の区市町村民税非課税証明書、8月から(翌年)3月までの場合は当該年度の区市町村民税非課税証明書)を添付してください。減額対象者が被扶養者の場合は、組合員本人と被扶養者との両方の区市町村民税非課税証明書の添付が必要です。
- 長期入院に該当する者(本申請書を提出した月以前において12月以内の入院日数が90日を超える者)の場合は、入院期間を確認できる書類を添付してください。
- 組合員本人が69歳以下で標準報酬月額が53万円以上又は組合員本人が70歳以上で標準報酬月額が28万円以上に該当する場合は、限度額適用・標準負担額認定証を発行することはできません。