

限度額適用・標準負担額減額認定申請書

| | | | | | |
|---|-------------------|----------|------|-------|---------|
| 組合員証 | 記号 番号 | | 決定番号 | ※ No. | |
| 組合員 | 氏名 | | | | 所属機関名 |
| | 生年月日 | 昭和 平成 | 年 | 月 | |
| 適用・減額 対象者 | 氏名 | | | | 性別 |
| | 生年月日 | 昭・平 令 | 年 | 月 | 日 |
| | 住所 | | | | |
| 入院・在宅末期医療総合診療の別 | | | | | 入院・在宅末期 |
| 長期入院(申請日の前1年間の入院日数が90日を超える場合) | | | | | 該当・非該当 |
| ① | 申請日の前1年間の入院期間(日数) | 令和 | 年 | 月 | 日から |
| | | 令和 | 年 | 月 | 日まで |
| 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) | 令和 | 年 | 月 | 日から |
| | | 令和 | 年 | 月 | 日まで |
| 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) | 令和 | 年 | 月 | 日から |
| | | 令和 | 年 | 月 | 日まで |
| 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) | 令和 | 年 | 月 | 日から |
| | | 令和 | 年 | 月 | 日まで |
| 入院をした保険医療機関等 | 名称 | | | | |
| | 所在地 | | | | |
| ⑤ | 申請日の前1年間の入院期間(日数) | 令和 | 年 | 月 | 日から |
| | | 令和 | 年 | 月 | 日まで |
| 入院をした保険医療機関等 | 名称 | | | | |
| | 所在地 | | | | |
| <p>別紙証明書のとおり、限度額適用・減額認定の条件に該当しますので、上記のとおり限度額適用・標準負担額減額認定証の交付を申請します。</p> <p style="text-align: center;">愛媛県市町村職員共済組合理事長 殿</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">住所 申請者 氏名</p> | | | | | |

- (注) 1 この申請書は、限度・減額対象者1人ごとに提出してください。
- 2 限度・減額対象者が組合員であるときは、「限度・減額対象者」欄の「氏名」欄に「組合員本人」と記載してください。
- 3 地方公務員等共済組合法施行令第23条の3の4第1項第5項又は第3項若しくは第4号に該当することを証する書類を添付してください。(市町村民税の非課税証明又は同意書(地方税関係情報取得用))
- 4 ※印欄は、記入しないでください。