

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	共 済 太 郎		所属機関名	○○市
	生年月日	昭和 平成	○ 年 ○ 月 ○ 日		
適用・減額 対象者	氏名	共 済 花 子		性別	男 ・ 女
	生年月日	昭・平 令	○ 年 ○ 月 ○ 日	組合員との続柄	母
	住所	○○市○○町○丁目○-○			
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	○ 日間		
		令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日まで			
入院をした保険医療機関等	名称	○○○病院			
	所在地	○○市○○町○丁目○-○			
②	申請日の前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	日間		
		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	日間		
		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	日間		
		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: right;">住所 ○○市○○町○丁目○-○ 申請者 氏名 共 済 太 郎</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。