

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	111	(^{企業コード} 0)	123	所属所名	〇〇市	
組合員	フリガナ	キョウイ タロウ				
	氏名	共済 太郎				
	生年月日	平成	〇〇	年	1 月 2 日	
減額対象者	フリガナ	キョウイ ハコ			組合員との続柄	妻
	氏名	共済 花子				
	生年月日	平成	〇〇	年	3 月 3 日	
住所	〇〇市××1-2-3					
長期入院	該当・非該当			※申請前1年間の入院期間が90日を超える場合は該当に○を付し、下欄に記入してください。		
①	申請日の前1年間の入院期間(日数)	令和	〇	年	7 月 1 日から	31 日間
		令和	〇	年	7 月 31 日まで	
入院をした保険医療機関等	名称	□□中央病院				
	所在地	〇〇市〇〇1-1-1				
②	申請日の前1年間の入院期間(日数)	令和	〇	年	12 月 1 日から	62 日間
		令和	〇	年	1 月 31 日まで	
入院をした保険医療機関等	名称	△△病院				
	所在地	△△市△△2-2-2				
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					
別紙証明書のとおり、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。 青森県市町村職員共済組合理事長 様 令和 〇 年 4 月 26 日 住所 〇〇市××1-2-3 申請者 氏名 共済 太郎						
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。 令和 〇 年 5 月 7 日 職名 〇〇市長 所属所長 氏名 〇〇〇〇						

- (注)1 この申請書は、減額対象者1人ごとに1枚提出してください。
 2 同意書または非課税証明書を添付してください。
 3 長期入院に該当する場合は、入院期間を証明する書類(領収書など)も添付してください。
 4 認定証の適用区分は8月に前年の所得をもとに判定し、有効期限は一律7月31日までとなります。翌年8月以降も引き続き認定証が必要な場合は、再度申請が必要となります。