

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 (女)	
	生年月日	昭和 平成	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 (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 (該当)	非該当	
申請日の前1年間の入院期間(日数)		平成	年	月	日から	日間	
		平成	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 -				
申請日の前1年間の入院期間(日数)		平成	年	月	日から	日間	
		平成	年	月	日まで		
入院をした保険医療機関等		名称					
		所在地					
申請日の前1年間の入院期間(日数)		平成	年	月	日から	日間	
		平成	年	月	日まで		
入院をした保険医療機関等		名称					
		所在地					
申請日の前1年間の入院期間(日数)		平成	年	月	日から	日間	
		平成	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;">平成 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">住所 市 町 丁目 -</p> <p style="text-align: right;">申請者 氏名 共 済 太 郎</p> <div style="text-align: right; margin-right: 20px;">  </div>							

- (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3号又は第2項3号若しくは第4号に該当することを証明する書類を添付してください。(市町村民税の非課税証明など)
- 4 印欄は、記入しないでください。