

決 裁	課 長	課長補佐	係 長	係

限度額適用・標準負担額減額認定申請書

組 合 員 証 号 記 号 ・ 番 号	123 - 456	所 属 機 関	名 称 〇〇市
組 合 員	氏 名 共済 太郎	所 在 地	〇〇県〇〇市〇〇-〇〇
	生 年 月 日 H〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日		
減 額 対 象 者	氏 名 組合員本人	性 別	男 ・ 女
	生 年 月 日 H〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日	組 合 員 と の 続 柄	本人
	住 所	〇〇県〇〇市〇〇-〇〇	
長 期 入 院	該当 ・ 非該当		
①	申請日の前一年間の入院期間(日数)	平成 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 から 平成 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 まで	100 日間
	入院をした保険医療機関等	名 称 〇〇病院	所在地 〇〇県〇〇市〇〇-〇〇
②	申請日の前一年間の入院期間(日数)	平成 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 から 平成 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 まで	日間
	入院をした保険医療機関等	名 称	所在地
③	申請日の前一年間の入院期間(日数)	平成 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 から 平成 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 まで	日間
	入院をした保険医療機関等	名 称	所在地

組合員又は被扶養者の内、低所得者の認定を希望する方について記入してください。

低所得者の認定を希望する方が、申請月以前1年間に90日を越えて入院されていた場合に、記入してください。

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。

山口県市町村職員共済組合 理事長 殿

平成 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日

〒 〇〇〇-〇〇〇〇

住所 〇〇県〇〇市〇〇-〇〇

申請者 氏名 共済 太郎

共
済

上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。

平成 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日

職名 〇〇市長

所属所長 氏名 〇〇 〇〇

〇〇
市長
印

- 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 減額対象者が組合員であるときは、「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 この申請書には、組合員の非課税証明書を添付してください。
また、70歳以上の者が請求者となる場合は、組合員及び被扶養者全員の非課税(課税)証明書を添付してください。
- 4 長期入院の該当者の方は、入院期間を証明する書類(入院期間が記載されている領収書など)を添付してください。
- 5 組合員証等の記号・番号が不明なため該当欄に記入できない場合は、共済組合が定める「個人番号申告票」の添付に代えることができます。