

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 記号・番号	-	所 属 機 関	名 称	
組 合 員	氏 名		所 在 地	
	生年月日			
減 額 対 象 者	氏 名	性 別	男 ・ 女	
	生年月日	年 月 日	組合員との続柄	
	住 所			
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 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	
②	申請日の前一年間の入院期間(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	
③	申請日の前一年間の入院期間(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。</p> <p style="text-align: center;">山口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 付</p> <p style="text-align: center;">住所</p> <p style="text-align: center;">申請者</p> <p style="text-align: center;">氏名</p> <div style="text-align: right;">印</div>				
<p>上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。</p> <p style="text-align: center;">平成 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">職名</p> <p style="text-align: center;">所属所長</p> <p style="text-align: center;">氏名</p> <div style="text-align: right;">印</div>				

- 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。