

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 所	名 称	〇〇市
組合員 氏名	共済 太郎		所 在 地	〇〇県〇〇市△△-△△	
	生年月日	平成△△年 △△月 △△日			
減額 対象者 氏名	組合員本人		性 別	男・女	
	生年月日	平成△△年 △△月 △△日		組合員との続柄	本人
	住 所	〇〇県〇〇市△△-△△			
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 平成 △△年 △△月 △△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△△-△△		
②	申請日の前一年間の入院期間(日数)	平成 △△年 △△月 △△日 から 平成 △△年 △△月 △△日 まで		日間	
	入院をした保険医療機関等	名称			
③	申請日の前一年間の入院期間(日数)	平成 △△年 △△月 △△日 から 平成 △△年 △△月 △△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 △△年 △△月 △△日

申請者

〒 △△△-△△△△
住所 〇〇県〇〇市△△-△△
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。

平成 △△年 △△月 △△日

所属所長

〇〇市長
山口 次郎



- 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。
- 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。
- この申請書には、組合員の「非課税証明書」または「地方税関係情報の取得に要する同意書」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」または「地方税関係情報の取得に要する同意書」を添付してください。
なお、前記同意書の提出による情報取得ができない場合、「非課税(課税)証明書」を提出していただくこととなります。
- 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。
- 組合員証記号・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。