

## 限度額適用・標準負担額減額認定申請書

組合員証	記号	〇〇〇	決定番号	※ No.	
	番号	〇〇〇			
組合員	氏名	共 済 太 郎		所属機関名	〇〇市
	生年月日	平成〇年 〇月 〇日			
適用・減額対象者	氏名	共 済 花 子		性別	男 ・ (女)
	生年月日	昭和〇年 〇月 〇日		組合員との続柄	母
	住所	〇〇市〇〇町〇丁目〇-〇			
入院・在宅末期医療総合診療の別				(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) ・ 非該当	
①	申請日の前1年間の入院期間(日数)	令和〇年〇月〇日から 〇日間 令和〇年〇月〇日まで			
	入院をした保険医療機関等	名称	〇〇〇病院		
		所在地	〇〇市〇〇町〇丁目〇-〇		
②	申請日の前1年間の入院期間(日数)	年 月 日から 日間 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1年間の入院期間(日数)	年 月 日から 日間 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)	年 月 日から 日間 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)	年 月 日から 日間 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;">令和 〇 年 〇 月 〇 日</p> <p style="text-align: right;">住所 〇〇市〇〇町〇丁目〇-〇 申請者 氏名 共 済 太 郎</p> <div style="text-align: right; margin-right: 20px;">(印)</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 組合員が市町村民税非課税であることを証する書類を添付してください。(市町村民税の非課税証明又は同意書(地方税関係情報取得用))
- 4 ※印欄は、記入しないでください。