

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	
組合員	氏名	生年月日	年 月 日
減額対象者	氏名	性別	男・女
	生年月日	年 月 日	長期入院
	住所	該当・非該当	

①	申請前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	
	入院した保険医療機関等	名称	
		所在地	
②	申請前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	
	入院した保険医療機関等	名称	
		所在地	
③	申請前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	
	入院した保険医療機関等	名称	
		所在地	
④	申請前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	
	入院した保険医療機関等	名称	
		所在地	
⑤	申請前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	
	入院した保険医療機関等	名称	
		所在地	

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。

茨城県市町村職員共済組合理事長 様

平成 年 月 日

住 所

申請者

氏 名

印

- (注) 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。