

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		999-99999	所属所名	〇〇市役所	
組合員	氏名	茨城太郎		生年月日	昭和〇〇年〇〇月〇〇日
減額対象者	氏名	本人		性別	男・女
	生年月日	年	月	日	長期入院
	住所	茨城県〇〇市〇〇 〇〇〇番地			

①	申請前1年間の入院期間(日数)	平成 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日	過去1年間の入院期間が90日を超える場合「該当」になります。	日間
	入院した保険医療機関等	名称		〇〇医院
		所在地	茨城県〇〇市〇〇 〇〇番地	
②	申請前1年間の入院期間(日数)	平成 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日から		〇〇日間
		平成 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日まで		
	入院した保険医療機関等	名称	〇〇〇病院	
		所在地	茨城県〇〇市〇〇 〇〇番地	
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

茨城県市町村職員共済組合理事長 様

平成 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日

住所 茨城県〇〇市〇〇 〇〇〇番地

申請者

氏名 茨城太郎 茨城印

この申請書には、組合員の「市町村民税非課税証明書」を添付してください。

- (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。