限度額適用•標準負担額減額認定申請書

組	L 合 員 証	記号番号	000	_	0000	C	所	名 称	(○○市役所		
組		氏 名	共済 大	共済 太郎			属	所在地		○○市○○町(○乗州	
	. 合 員	生年月日	平成〇〇	年 〇〇	月 〇〇	00 _E	所	月生地			ノ 一番地	
冲	· 哲	氏 名	共済 太	共済 太郎			組合員との縁			本人		
侧	額対象者	生年月日	平成〇〇	_年 ○○	月 〇〇	日						
					市〇〇町	100)番地	<u> </u>				
長期入院 該当・非該当												
1)-	由諸口の	つ前1年間の	スパラ 出 担	(1)	令和	\bigcirc	9 年	: 00	月 ⁽	○○ 日から	〇〇 日間	
	申請日の前1年間の入院期間(日数)			令和	\bigcirc	9 年	: 00	月 ⁽	〇〇 日まで	ОО Н [#]		
	入院をした保健医療機関等			名	称	00)病院					
				所 在	地	○○市○○町○○番地						
2	申請日の前1年間の入院期間(日数)			令和		年		月	日から	日間		
				令和		— —	<u> </u>	月	日まで			
	入院をした保健医療機関等			名	称							
	申請日の前1年間の入院期間(日数) 入院をした保健医療機関等			所 在	地	<i></i>	_	п	H.1. A			
				令和令和		年 年		月月	日から 日まで	日間		
3				名	称	+		月	НТС			
				所在								
				令和		年	<u> </u>	月	日から			
	申請日の前1年間の入院期間(日数)				令和		年	Ē	月	日まで	日間	
4					名	称						
	入院をした保健医療機関等			所 在	地							
	中			令和		年	<u> </u>	月	目から	日間		
(5)	申請日組合員の方の居住する市区町村の				証明を受け		てく		月	日まで	——————————————————————————————————————	
	ださい。 入院をした保健医療機関等											
					所 在	地						
当該組合員には、 <mark>令和 ○○</mark> 年度の市(区)町村民税が									ž			
課されないことを証明する。												
市区町村長が証明する欄					○○月(Ħ					
〇〇市長												
						市区町村長名					印	
,												

[※] 市区町村長が証明する欄にて証明を受けられない場合は、組合員に係る「市町村民税非課税証明書」 又は共済組合が情報提供ネットワークシステムを使用して、組合員の課税状況を照会することの「同意 書」を添付してください。

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	000	_	0000	所	名 称		〇一市役所	
組	. 合 員	氏 名	共済 オ	大郎		属	所在地) () 市() () 町()	○乗冊
	. 合 員	生年月日	平成〇〇	毎 ○○	_月	所				○番地
油	· 哲· 4. 4.	氏 名	共済 オ	大郎		組合	合員との	売柄	本人	
()PX	額対象者	生年月日	平成〇〇	年 00	_月					
<u>'</u>					市〇〇町〇	○番均	也			
長期入院 該当 · 非該当										
1)	申請日の前1年間の入院期間(日数)			令和	年	Ē	月	目から	日間	
				令和	年	Ē	月	日まで	[1]EJ	
	入院をした保健医療機関等			名 称						
				所 在 地						
	申請日の前1年間の入院期間(日数)			令和	年	Ē	月	目から	日間	
2				令和	4	Ē.	月	目まで	H 1H3	
0	入院をした	- 保健医療機	関 等		名 称					
	八門でUに休候区が恢済 守				所 在 地					
	申請日の前1年間の入院期間(日数)			令和	年	Ē	月	目から	日間	
3				令和	年	Ē.	月	目まで		
0	入院をした保健医療機関等			名 称						
) The complete of the complete				所 在 地					
	申請日の前1年間の入院期間(日数)			令和	年	Ë.	月	日から	日間	
4	1 His 1. 2 His 2 Fig 2 / 4/20/23 His (11 /9/4)				令和		Ē	月		日まで
	入院をした保健医療機関等				名 称					
					所 在 地					
	申請日 組合員の方の居住する市区町村の ださい。 入院をした保健医療機関等				令和	4		月	日から	日間
(5)					り証明を受り	77(月		日まで	
						+				
					所 在 地					
当該組合員には、 <mark>令和 ○○</mark> 年度の市(区)町村民税が 課されないことを証明する。										
市区町村長が証明する欄 令和○○年○○						Н				
					00/100		\bigcirc)市:	₽ F	
				市区町	村長				印	

[※] 市区町村長が証明する欄にて証明を受けられない場合は、組合員に係る「市町村民税非課税証明書」 又は共済組合が情報提供ネットワークシステムを使用して、組合員の課税状況を照会することの「同意 書」を添付してください。