

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	名称	
組合員	氏名			属 所	所在地	
	生年月日	昭・平	年 月 日			
減額対象者	氏名			組合員との続柄		
	生年月日	昭・平・令	年 月 日			
組合員（減額該当者）の住所						
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)		平・令	年 月 日から	日 間	
			平・令	年 月 日まで		
	入院をした保健医療機関等		名称			
			所在地			
②	申請日の前1年間の入院期間(日数)		平・令	年 月 日から	日 間	
			平・令	年 月 日まで		
	入院をした保健医療機関等		名称			
			所在地			
③	申請日の前1年間の入院期間(日数)		平・令	年 月 日から	日 間	
			平・令	年 月 日まで		
	入院をした保健医療機関等		名称			
			所在地			
④	申請日の前1年間の入院期間(日数)		平・令	年 月 日から	日 間	
			平・令	年 月 日まで		
	入院をした保健医療機関等		名称			
			所在地			
⑤	申請日の前1年間の入院期間(日数)		平・令	年 月 日から	日 間	
			平・令	年 月 日まで		
	入院をした保健医療機関等		名称			
			所在地			
市区町村長が証明する欄		当該組合員には、 年度の市(区)町村民税が 課されないことを証明する。 <div style="text-align: center;">令和 年 月 日</div> 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。