

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 | ○○市役所 | |
| 組 合 員 | 氏 名 | 共済 太郎 (印) | | 属 所 | 所在地 | ○○市○○町○○ |
| | 生年月日 | 昭・平○○年○○月○○日 | | | | |
| 減額対象者 | 氏 名 | 共済 太郎 | | 組合員との続柄 | 本人 | |
| | 生年月日 | 昭・平○○年○○月○○日 | | | | |
| 組合員(減額該当者)の住所 | | | | ○○市○○町○○ | | |
| 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。 | | | | |
| | | 令和 年 月 日 | | | | |
| | | 市区町村長名 ○○市長 ○○○○ | | | | |
| | | (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。