

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		〇〇〇-〇〇〇		所 属 所	名 称	〇〇市役所	
組 合 員	氏 名	共 済 太 郎 (印)		所 属 所	所 在 地	〇〇市〇〇町〇〇	
	生年月日	昭和〇〇年〇〇月〇〇日					
減額対象者	氏 名	共 済 太 郎		組合員との続柄	本人		
	生年月日	昭和〇〇年〇〇月〇〇日					
組合員(減額該当者)の住所				〇〇市〇〇町〇〇			
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)	平成	年	月	日から	日 間	
		平成	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)	平成	年	月	日から	日 間	
		平成	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)	平成	年	月	日から	日 間	
		平成	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)	平成	年	月	日から	日 間	
		平成	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	<p>当該組合員には、〇〇年度の市(区)町村民税が課されないことを証明する。</p> <p style="text-align: right;">〇〇市長 市区町村長名 〇 〇 〇 〇 (印)</p>						