

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 属 所	名 称	○○市役所	
組 合 員	氏 名	共済 太郎		所 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 令○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)			令和 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日から		○○ 日 間	
				令和 ○○ 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)			令和	年	月	日から
				令和	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)			令和	年	月	日から
				令和	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)			令和	年	月	日から
				令和	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)			令和	年	月	日から
				令和	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 style="text-align: center;">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。</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">市区町村長名 ○○市長 ○○○○</p> <div style="text-align: right; border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; margin-left: auto; margin-right: 0;">印</div>					

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。