

限度額適用・標準負担額減額認定申請書

組合員等記号・番号				所属機関の 名称及び 所在地		
組 合 員 名 前				所 在 地		
減額対象者	名 前					
	生年月日	年 月 日				
	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）	年 月 日から 年 月 日まで 日間				
	入院をした 保険医療機関等	名 称				
		所在地				
②	申請日の前1年間の 入院期間（日数）	年 月 日から 年 月 日まで 日間				
	入院をした 保険医療機関等	名 称				
		所在地				
<p>上記のとおり申請します。</p> <p>広島県市町村職員共済組合理事長 様</p> <p>年 月 日</p> <p>住 所</p> <p>申請者</p> <p>名 前</p>						

(注) ① 「被保険者の住民税の（非）課税証明書（原本）」を添付すること。

※ 4月から7月診療分については前年度の証明が、8月から翌3月診療分については当年度の証明が必要となります。

② 長期入院（申請月以前の1年間で90日を超えて入院）される方は「入院期間を証明する書類」（入院期間が記載されている領収書等）を添付すること。

③ 組合員等記号・番号欄には、組合員等記号・番号又は個人番号を記入してください。