

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		〇〇市	
組 合 員 名 前		共 済 太 郎		〇〇市〇〇町△△-△△△△			
減額対象者	名 前	共 済 太 郎					
	生年月日	△△△△年 △△月 △△日					
	住 所	〇〇市〇〇町△△-△△△△					
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）			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 〇〇市〇〇町△△-△△△△</p> <p>申請者</p> <p>名 前 共 済 太 郎</p>							

(注) ① 「被保険者の住民税の(非)課税証明書(原本)」又は同意書(様式第35号)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。