

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		111 — 123	
組合員	フリガナ	キョウサイ タロウ	
	氏名	共済 太郎	
	生年月日	昭和 平成	〇〇年 1月 2日
所属所名		〇〇市	
減額対象者	フリガナ	キョウサイ ハナコ	
	氏名	共済 花子	
	生年月日	昭和 平成	〇〇年 3月 3日
	住所	〇〇市××1-2-3	
性別	男・ <input checked="" type="radio"/> 女		
組合員との続柄	妻		
長期入院	<input checked="" type="radio"/> 該当・非該当		※申請前1年間の入院期間が90日を超える場合は該当に○を付し、下欄に記入してください。
①	申請日の前1年間の入院期間(日数)	平成 29年 7月 1日から 31日間 平成 29年 7月 31日まで	
	入院をした保険医療機関等	名称	〇〇中央病院
		所在地	〇〇市〇〇1-1-1
②	申請日の前1年間の入院期間(日数)	平成 28年 12月 1日から 62日間 平成 29年 1月 31日まで	
	入院をした保険医療機関等	名称	△△病院
		所在地	△△市△△2-2-2
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	
	入院をした保険医療機関等	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	
	入院をした保険医療機関等	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	
	入院をした保険医療機関等	名称	
		所在地	
別紙証明書のとおり、減額認定の条件に該当しますので、上記のとおり申請します。			
青森県市町村職員共済組合理事長 様			
平成 29年 8月 20日			
申請者		住所	〇〇市××1-2-3
		氏名	共済 太郎 <input checked="" type="checkbox"/>
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。			
平成 29年 8月 21日			
所属所長		職名	〇〇市長
		氏名	〇〇〇〇 <input checked="" type="checkbox"/>

- (注) 1 この申請書は、減額対象者1人ごとに1枚提出してください。  
 2 非課税証明書を添付してください。  
 3 長期入院に該当する場合は、入院期間を証明する書類(領収書など)も添付してください。