

共済組合使用欄		課長	副課長	主幹	副主幹	係
起案	・					
決定	・					

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		—	所属所名称	
組合員	氏名		標準報酬月額 円	
	生年月日	年 月 日		
対象者	氏名			
	生年月日	年 月 日		
組合員(減額対象者)の住所				
長期入院		該 当 ・ 非該 当		
ここから下は長期該当者として申請する方のみ記入してください。			入院日数合計(日間)	
申請日の前1年間の入院期間(日数)			入院をした保険医療機関等	
①	年 月 日から	日間	名 称	
	年 月 日まで		所在地	
②	年 月 日から	日間	名 称	
	年 月 日まで		所在地	
③	年 月 日から	日間	名 称	
	年 月 日まで		所在地	
④	年 月 日から	日間	名 称	
	年 月 日まで		所在地	
⑤	年 月 日から	日間	名 称	
	年 月 日まで		所在地	
市区町村長が証明する欄		<input type="checkbox"/> 当該組合員には、 <input type="checkbox"/> 当該対象者には、 令和 年 月 日 市区町村長名		
		年度の市(区)町村民税が課されないことを証明する。 <input type="checkbox"/>		
上記のとおり、市町村職員共済組合限度額適用・標準負担額減額認定証の交付を申請します。 令和 年 月 日 氏 名				<div style="border: 1px dashed black; border-radius: 50%; width: 100px; height: 100px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> 受付日 </div>
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。 令和 年 月 日 所属所長 職名 氏名				

※低所得者の要件や添付書類等については、記入例をご覧ください。