

課長	課長補佐	主幹・係長	係	関係職員

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		1 2 3 - 4 5 6 7			
組合員	氏名	共済 太郎		生年月日	昭 平 令 ○○年4月1日
所属所名	○○○市		所属所所在地	○○市○○町10番	
減額対象者	氏名	共済 太郎		生年月日	昭 平 令 ○○年4月1日
	住所	静岡市駿河区南町○○番地			続柄
送付先 (○または記入)	所属所 組合員住所・その他 (〒) 希望先住所				
長期入院	<input checked="" type="checkbox"/> 該当 ・ 非該当		※長期入院:申請日の前1年間の入院日数合計が91日以上		
長期入院該当者は入院期間等を記入してください。			申請日の前1年間の入院日数合計(日間)		
①	申請日の前1年間の入院期間	令和○○年 4 月 6 日 から 令和○○年 5 月 25 日 まで 45 日間			
	入院をした保険医療機関等	名称	○○市立病院		
		所在地	○○市○○町5-5		
②	申請日の前1年間の入院期間	令和○○年 7 月 2 日 から 令和○○年 8 月 20 日 まで 50 日間			
	入院をした保険医療機関等	名称	○○市立病院		
		所在地	○○市○○町5-5		
③	申請日の前1年間の入院期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで 日間			
	入院をした保険医療機関等	名称			
		所在地			
上記のとおり申請します。 静岡県市町村職員共済組合理事長 様 令和 ○ 年 10 月 3 日 <div style="text-align: right; margin-right: 100px;"> 申請者 住所 静岡市駿河区南町○○番地 氏名 共済 太郎 </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 10 月 4 日 <div style="text-align: right; margin-right: 100px;"> 職名 ○○市長 所属所長 氏名 ○○ ○○ </div>					

1. この申請書は、減額対象者ごとに1枚提出してください。
2. 同意書【短期給付関係】又は、福祉事務所の「健康保険標準負担額減額認定該当」と記載された保護申請却下通知書(写し可)もしくは保護廃止決定通知書(写し可)を添付してください。
 ※組合員に係る市町村民税非課税証明書を同意書【短期給付関係】の代用とすることも可能です。
3. 長期入院該当者は、入院期間が確認できる書類も添付してください。