

共済組合受付印

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	〇〇〇 - 〇〇〇〇		
所属所	名称	〇〇市役所	
	所在地	〇〇市〇〇町1-2	
	氏名	生年月日	性別
組合員	共済 太郎	昭平 〇〇年〇月〇日	男・女
適用対象者	共済 花子	昭平 〇〇年〇月〇日	男・女
適用対象者の住所	大分市〇〇町1-2-3	続柄	妻
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者のみ記入してください。		入院日数合計(日間)	
①	申請日の前1年間の入院期間(日数)	平成 年 月 日から 平成 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)	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	日間
	入院をした保険医療機関等	名称 所在地	
③	申請日の前1年間の入院期間(日数)	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	日間
	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 平成 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>大分県市町村職員共済組合理事長 殿</p> <p>平成〇〇年〇〇月〇〇日</p> <p>組合員 住所 大分市〇〇町1-2-3 氏名 共済 太郎</p> <p style="text-align: right;">印</p>			
<p>上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。</p> <p>平成〇〇年〇〇月〇〇日</p> <p>所属所長 職名 〇〇市長 氏名 〇〇 〇〇</p> <p style="text-align: right;">公印</p>			
(注) 市区町村長 が証明する欄	<p>当該組合員には 〇〇 年度の市(区)町村民税が課されないことを証明する。</p> <p>市区町村名 〇〇市長 〇〇 〇〇</p> <p style="text-align: right;">公印</p>		

送付先 1. 職場
② 自宅
3. その他()