

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 | | — | |
| 所属所 | 名称 | | |
| | 所在地 | | |
| 氏 名 | | 生 年 月 日 | 性 別 |
| 組 合 員 | | 昭・平 年 月 日 | 男・女 |
| 適 用 対 象 者 | | 昭・平 年 月 日 | 男・女 |
| 適用対象者の住所 | | 続 柄 | |
| 長 期 入 院 | 該 当 ・ 非該 当 | | |
| ここから下は長期入院該当者として申請する場合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 | |
| <p>大分県市町村職員共済組合理事長 殿</p> <p>上記のとおり申請します。</p> <p>また、大分県市町村職員共済組合が行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律別表第二の主務省令で定める事務及び情報を定める命令第三十一条の二に規定する限度額適用・標準負担額減額の認定の申請に係る事実についての審査に関する事務（第十六号）を処理するために限って地方税関係情報について取得することに同意します。</p> <p style="text-align: center;">平成 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">住 所 申 請 者 氏 名 印 ※氏名は自署のうえ押印してください。</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 style="text-align: center;">平成 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">職 名 所属所長 氏 名 印</p> | | | |

送付先 1. 職 場
 2. 自 宅
 3. その他 ()