

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 年 月 日</p> <p>組合員 住所 氏名</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 年 月 日</p> <p>所属所長 職名 氏名</p> <p style="text-align: right;">印</p>			
(注) 市区町村長 が証明する欄	当該組合員には 年度の市(区)町村民税が課されないことを証明する。		印
	市区町村名		

- 送付先 1. 職場  
2. 自宅  
3. その他 ( )