

事務局長	課長	主幹	係長	課員	年 月 日 伺 本件お伺いします

限度額適用・標準負担額減額認定申請書

組合員証の記号番号		—					
組 合 員	氏 名				所 属 所 名 及 び 所 在 地		
	生年月日	昭・平	年	月		日	
減額対象者	氏 名				組 合 員 と の 続 柄		
	生年月日	昭・平	年	月	日	性 別	男 ・ 女
	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	日 間
			平成	年	月	日まで	
	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	日 間
			平成	年	月	日まで	
	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	日 間
			平成	年	月	日まで	
	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	日 間
			平成	年	月	日まで	
	入院をした保険医療機関等		名 称				
			所 在 地				
<p>上記のとおり、減額認定の条件に該当しますので申請します。</p> <p style="text-align: center;">佐賀県市町村職員共済組合理事長 様</p> <p style="text-align: center;">平成 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">住 所</p> <p style="text-align: center;">申 請 者 氏 名 (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 style="text-align: center;">平成 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">職 名</p> <p style="text-align: center;">所 属 所 長 氏 名 (印)</p>							

(注) 市区町村 長が証明 する欄	当該被保険者には 年度の市(区)町村民税が 課されないことを証明する。 市区町村名 (印)
----------------------------	--