

限度額適用・標準負担額減額認定申請書

組合員等	記号 番号		※決定番号	No.	
組合員	氏名				所属機関名
	生年月日	昭和 平成	年	月	日 (所在地)
適用・減額 対象者	氏名				性別
	生年月日	昭・平 令	年	月	日 組合員との続柄
	住所				
入院・在宅末期医療総合診療の別					入院・在宅末期
長期入院(申請日の前1年間の入院日数が90日を超える場合)					該当・非該当
①	申請日の前1年間の入院期間(日数)	令和	年	月	日から
		令和	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)	令和	年	月	日から
		令和	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)	令和	年	月	日から
		令和	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)	令和	年	月	日から
		令和	年	月	日まで
入院をした保険医療機関等	名称				
	所在地				
⑤	申請日の前1年間の入院期間(日数)	令和	年	月	日から
		令和	年	月	日まで
入院をした保険医療機関等	名称				
	所在地				
<p>別紙証明書のとおり、限度額適用・減額認定の条件に該当しますので、上記のとおり限度額適用・標準負担額減額認定証の交付を申請します。</p> <p style="text-align: center;">愛媛県市町村職員共済組合理事長 様</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">住所 申請者 氏名</p>					

- (注) 1 この申請書は、限度・減額対象者1人ごとに提出してください。
- 2 限度・減額対象者が組合員であるときは、「限度・減額対象者」欄の「氏名」欄に「組合員本人」と記載してください。
- 3 組合員に係る「市町村民税非課税証明」又は地方税関係情報の取得に要する「同意書」を添付してください。
- 4 ※印欄は、記入しないでください。