

限度額適用・標準負担額減額認定申請書【記入例】

組合員証記号番号		公立長崎第 01234567 号				
組合員	氏名	共済 太郎		所属所	名称	〇〇中学校
	生年月日	昭和〇年 〇月 〇日		所在地	〇〇市〇〇町〇	
適用	氏名	共済 花子		組合員との続柄	妻	
対象者	生年月日	昭和〇年 〇月 〇日				
希望する送付先 (いずれかに○)		所属所 <input checked="" type="radio"/> 組合員自宅 その他 [〒]				
長期入院 (91日以上)		<input checked="" type="radio"/> 該当・ <input type="radio"/> 非該当				
①	申請日の前1年間の入院期間	年 月 日から 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	年 月 日から 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	年 月 日から 年 月 日まで			日間	
	入院をした保険医療機関等	名称 所在地				
上記のとおり申請します。 公立学校共済組合長崎支部長 様 令和 〇年 〇月 〇日 〒〇〇〇-〇〇〇 〇〇市〇〇町〇-〇 申請者 住所 氏名 共済 太郎						

[添付書類] 次のいずれかを添付してください。

組合員の市町村税非課税証明書又は所得証明書

※4月から7月診療分については、前年度の証明が、8月から

翌年3月診療分については、当年度の証明が必要となります。

所 属 所
受 付 年 月 日

受付

〇.4.1

〇〇中学校