

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		公立長崎第				号		
組合員	氏名			所属所	名称			
	生年月日	年	月		日	所在地		
適用	氏名			組合員との続柄				
対象者	生年月日	年	月	日				
希望する送付先 (いずれかに○)		所属所 組合員自宅 その他 [〒]						
長期入院 (91日以上)		該当・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 年 月 日 〒 申請者 住所 氏名								

[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