課長	課長補佐	主幹・係長	係	関係職員

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		ー			
組合員	氏　名		生年月日	昭 平 令　　年　月　日	
所属所名			所属所所在地		
減額対象者	氏　名		生年月日	昭 平 令　　年　月　日	
	住　所			続柄	
送付先 （○または記入）	所属所 ・ 組合員住所 ・ その他希望先住所 （〒　　）				

長期入院	該当 ・ 非該当	※長期入院：申請日の前1年間の入院日数合計が91日以上	
長期入院該当者は入院期間等を記入してください。		申請日の前1年間の入院日数合計（　　日間）	
①	申請日の前1年間の入院期間	令和　年　月　日 から 令和　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	令和　年　月　日 から 令和　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	令和　年　月　日 から 令和　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。

静岡県市町村職員共済組合理事長　様

令和　　年　　月　　日

申請者　住 所

氏 名

上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。

令和　　年　　月　　日

所属所長　職 名

氏 名

1. この申請書は、減額対象者ごとに1枚提出してください。
2. 同意書【短期給付関係】又は、福祉事務所長の「健康保険標準負担額減額認定該当」と記載された保護申請却下通知書（写し可）もしくは保護廃止決定通知書（写し可）を添付してください。
   ※組合員に係る市町村民税非課税証明書を同意書【短期給付関係】の代用とすることも可能です。
3. 長期入院該当者は、入院期間が確認できる書類も添付してください。