

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

組合員証記号番号	—			
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		
<p>上記のとおり申請します。</p> <p>静岡県市町村職員共済組合理事長 様</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">住所 申請者 氏名</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>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">職名 所属所長 氏名</p>				

- この申請書は、減額対象者ごとに1枚提出してください。
- 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。
- 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。