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		1 2 3 ー 4 5 6 7			
組合員	氏　名	共済　太郎	生年月日	(昭) 平　令 ○○年4月1日	
所属所名	○○○市		所属所所在地	○○市○○町10番	
減額対象者	氏　名	共済　太郎	生年月日	(昭) 平　令 ○○年4月1日	
	住　所	静岡市駿河区南町○○番地		続柄	本人
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 4 月 6 日 から 令和○○年 5 月 25 日 まで 45 日間	
	入院をした保険医療機関等	名　称	○○市立病院
		所在地	○○市○○町5－5
②	申請日の前1年間の入院期間	令和○○年 7 月 2 日 から 令和○○年 8 月 20 日 まで 50 日間	
	入院をした保険医療機関等	名　称	○○市立病院
		所在地	○○市○○町5－5
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　10　月　3　日

申請者　住 所　静岡市駿河区南町○○番地
氏 名　共済　太郎

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　10　月　4　日

所属所長　職 名　○○市長
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。