

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	△△△△-△△△△		所属機関の 名称及び 所在地	○○○○○ ○○市○○町○○
組合員名前	共 濟 一 郎			
減額対象者	名 前	共 濟 一 郎		
	生年月日	△△△△年△△月△△日		
	住 所	○○市○○町○○-○○		
長期入院	該 当 ・ <u>非 該 当</u>			
①	申請日の前1年間の 入院期間（日数）	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（日数）	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		
<p>上記のとおり申請します。</p> <p>広島県市町村職員共済組合理事長 様</p> <p>△△△△年△△月△△日</p> <p>住 所 ○○市○○町○○-○○</p> <p>申請者</p> <p>名 前 共 濟 一 郎</p>				

(注) ① 「被保険者の住民税の（非）課税証明書（原本）」を添付すること。

※ 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3月診療分については当年度の証明が必要となります。

(例)・2020年8月診療分～2021年7月診療分：2020年度（2019年中収入）の非課税証明書

・2021年8月診療分～2022年7月診療分：2021年度（2020年中収入）の非課税証明書

- ② 長期入院（申請月以前の1年間で90日を超えて入院）される方は「入院期間を証明する書類」（入院期間が記載されている領収書等）を添付すること。
- ③ 組合員証記号番号欄には、組合員証（組合員被扶養者証）の記号番号又は個人番号を記入してください。