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										
ψп	合 員	氏 名				所属機関の				
組		生年月日	年	月	日	名称・所存	E地			
減額対象者		氏 名				性	別		男 •	女
		生年月日	年	月	日	組合員	とのき	続 柄		
		住 所						•		
長 期 入 院 該当 · 非該当										
1)	申請日の前1年間の入院期間(日数)					年	月	日から	日間	
					b 41.	年	月	日まで		
	入院をした保険医療機関等					名				
2	申請日の前1年間の入院期間(日数)				<i>//</i> 1 IL /IL	年	月	日から	日間	
						年	月	日まで		
	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(日数)					年	月	日から	日間	
				h 11.	年	月	日まで			
	入院をした保険医療機関等				名 称 所 在 地					
						所 住 地	h:	п	пас	
4	申請日の前1年間の入院期間(日数)					年	月	日から	日間	
					to the	年		日まで		
	入院をした保険医療機関等				名 称					
						所 在 地	F	н	П.2. В	
5	申請日の	前1年月	間の入院期間] (日数	日数)		年	月	日から	日間
						h 14	年		日まで	
	入院をした保険医療機関等		等		名称					
						所 在 地				
別紙証明書のとおり、減額認定の条件に該当しますので、上記のとおり申請します。										
鹿児島県市町村職員共済組合理事長 殿										
			令和 年	月	日					
申請者住所										
氏 名										

- (注)1 用紙の大きさは日本工業規格A4版とする。
 - 2 この申請書は、減額対象者1人ごとに1枚提出すること。
 - 3 減額対象者が組合員であるときは、「減額対象者」欄の「氏名」欄に「組合員本人」と記載すること。
 - 4 市町村民税非課税者である旨の証明を添付すること。(市町村民税等非課税申立書及び市町村民税非課税証明書等)