

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 | 所属機関名(市・町・村・一部事務組合等) | | | |
| | | | 名称 | | | |
| 組合員氏名 | | | 所在地 | | | |
| 生年月日 | 昭和 平成 | 年 月 日 | | | | |
| 標準報酬の月額 | 円 | ※ | 適用区分 | 70歳以上 | I・II | |
| | | | | 70歳以下 | 才 | |
| | | | 有効期限 | 令和 年 月 末日 | | |
| 適用対象者 (本人・被扶養者) | | | 住所 | | | |
| 生年月日 | 昭和 平成 令和 | 年 月 日 | 組合員との 続柄 | | ※ | |

| | | | | | | |
|--------------------|----------------------------|----------------|-----------------------------|--|--|--|
| 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91日以上 | | | |
| | 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 日間 | 令和 年 月 日 から 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 日間 | 令和 年 月 日 から 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 日間 | 令和 年 月 日 から 日間 | | | |
| | 入院をした保険医療機関等 | 名称 | 所在地 | | | |
| ④ | 申請日の前1年間の入院期間 | 令和 年 月 日 から 日間 | 令和 年 月 日 から 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。 | | | | | | |
| 長野県市町村職員共済組合理事長 様 | | | | | | |
| 令和 年 月 日 | | | | | | |
| 申請者 住所 (組合員) 氏名 | | | | | | |
| 所属所受付印 | 上記の記載事項は、事実と相違ないことを確認しました。 | | | | | |
| | 令和 年 月 日 | | | | | |
| | 職名 所属機関の長 氏名 | | | | | |

※印欄は記入不要です。

- 1 添付書類については、共済組合が個人番号による情報連携により、地方税関係情報を照会することに同意する場合は、所得証明書(課税・非課税証明書)の添付を省略できます。(同意書【地方税関係情報取得同意書A】を提出ください。)

同意しない場合は、所得証明書(課税・非課税証明書)を添付してください。
- 2 長期入院該当者は、入院期間が確認できる書類を添付してください。(領収書等)

| | | | | | | | | |
|-------------|--------|------------------|--------|---|---|-------------|------------|--|
| 決 裁 欄 | 課 長 | 課 長 補 佐 | 係 長 | 係 | 係 | 担 当 者 | 起案日 | |
| | | | | | | | 決 裁・データ確定日 | |
| | | | | | | | 証交付日 | |