

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	担当者	起案日	
								決裁・データ確定日	
								証交付日	