# 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<br>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 | オ | |
| | | | | 有効期限 | 令和 年 月末日 | | |
| 適用対象者<br>（本人・被扶養者） | | | 住所 | | | | |
| 生年月日 | 昭和<br>平成<br>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<br>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<br>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<br>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<br>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（組合員） 住所

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 |
| | 所属機関の長 職名<br>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 | | 担当者 | | 起案日 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | 決 裁・データ確定日 | |
| | | | | | | | | | | | 証交付日 | |