

## 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		—	
組 合 員	氏 名		
	生年月日	年 月 日	所属機関の 名称・所在地
減 額 対 象 者	氏 名	性 別	男 ・ 女
	生年月日	年 月 日	組合員との続柄
	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 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	
③	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	
④	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	
⑤	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>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。</p> <p style="text-align: center;">鹿児島県市町村職員共済組合理事長 殿</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">申 請 者 住 所</p> <p style="text-align: center;">氏 名 <span style="float: right;">印</span></p>			

- (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。