

限度額適用・標準負担額減額認定証交付申請書

決 裁	課 長	係 長	主 任	副主任			
組 合 員 等		記 号			所 属 所 名		
		番 号					
組 合 員		氏 名			長 期 入 院		該 当 ・ 非 該 当
		生 年 月 日	昭 和 ・ 平 成	年	月	日	
対 象 者		氏 名			続 柄		
		生 年 月 日	昭 和 ・ 平 成 ・ 令 和	年	月	日	
		住 所					

下記①～③は「長期入院」の該当に○をした者のみ記入してください。

①	申請日の前1年間の入院期間（日数）		令和 年 月 日から	日間
			令和 年 月 日まで	
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）		令和 年 月 日から	日間
			令和 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）		令和 年 月 日から	日間
			令和 年 月 日まで	
入院をした保険医療機関等		名 称		
		所在地		

別紙証明書を添えて、上記のとおり申請します。

京都府市町村職員共済組合理事長 様

令和 年 月 日

申 請 者 住 所
氏 名

上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。

令和 年 月 日

所 属 所 長 職 名
氏 名

- (注) 1 市町村民税が非課税であったことを証する書類（非課税証明書等）を添付してください。
 2 申請日の前1年以内に減額対象者としての入院日数が90日を超える場合は、「長期入院」欄の該当に○をすること。