

事務局長	課長	課員

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 称			
組 合 員	氏 名	生年月日 <small>元号</small> 年 月 日	所 在 地			
	生年月日					
減 額 対 象 者	氏 名	生年月日 <small>元号</small> 令和 年 月 日	続柄			
	住 所	長期入院 <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当				
①	申請日の前一年間の入院期間(日数)	令和 年 月 日 から 令和 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	申請日の前一年間の入院期間(日数)	令和 年 月 日 から 令和 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	申請日の前一年間の入院期間(日数)	令和 年 月 日 から 令和 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	申請日の前一年間の入院期間(日数)	令和 年 月 日 から 令和 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	申請日の前一年間の入院期間(日数)	令和 年 月 日 から 令和 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>上記のとおり申請します。</p> <p style="text-align: center;">香川縣市町村職員共済組合理事長 様</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日 印</p> <p style="text-align: center;">住所</p> <p style="text-align: center;">申請者 氏名</p>						

- 1 減額対象者が複数人いる場合は、1人につき1枚記入してください。
- 2 この申請書には、次の2点を添付してください。
 - ⑦入院期間、標準負担額がわかる領収書等
 - ⑧次のいずれか
 - ・地方税関係情報の取得に要する同意書
 - ・非課税証明書(受診する月が属する年度の証明書。ただし、受診する月が4～7月の場合は、前年度の証明書。)