

限度額適用・標準負担額減額
認定申請書

決定 伺	課長	係長	係

組合員証記号番号 又は個人番号		組合員氏名		所属所名	
12-3456		共済 太郎		〇〇市役所	
減額対象者 氏名	共済 花子		生年月日	昭和 平成 令和 〇〇年 〇月 〇〇日	
			性別	男 <input checked="" type="radio"/> 女	続柄
住所	〇〇〇〇〇〇			同居別居 の別	<input checked="" type="radio"/> 同居 <input type="radio"/> 別居
長期入院	<input checked="" type="radio"/> 該当 <input type="radio"/> 非該当	※申請月以前1年間（非課税期間に限る）に90日以上を越えて入院 した場合、「該当」に〇の上、以下の欄に記載してください。			
	入院をした保険医療機関等		申請日の前1年間の入院期間（日数）		
①	名称	〇〇病院	自	令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日	〇日間
	住所	〇〇〇〇〇〇	至	令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日	
②	名称		自	令和 年 月 日	日間
	住所	入院していない場合は 記入の必要はありません。	至	令和 年 月 日	
③	名称			自	令和 年 月 日
	住所		至	令和 年 月 日	
④	名称		自	令和 年 月 日	日間
	住所		至	令和 年 月 日	
上記のとおり請求します。 沖縄県市町村職員共済組合理事長 殿 令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日 請求者 住所 〇〇〇〇〇〇 (組合員) 氏名 共済 太郎					
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。 令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日 職名 〇〇〇〇 所属所長 氏名 〇〇 〇〇〇					
非課税に関 する証明欄	当該組合員には 〇〇年度の市（区）町村 れないことを証明する。		職場の所在地と、申請する方の住 所が同一の際には、左記の証明を することで、所得課税証明書と同意 書の提出が不要となります。		
市区町村長	市区町村長 〇〇 〇〇〇		沖縄県 〇〇市 長之印 [印]		