

局長		次長		課長		課長補佐		係長		係	
----	--	----	--	----	--	------	--	----	--	---	--

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 所 名			
組 合 員 氏 名				生 年 月 日		年 月 日	
適 用 対 象 者		住 所					
		氏 名					
		生 年 月 日 及 び 続 柄		年 月 日 続 柄			
長 期 入 院		該 当 ・ 非 該 当		※申請月以前1年間(非課税期間に限る)に90日以上入院した場合、「該当」に○の上、以下の欄に記入してください。			
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			自	令 和	年 月 日	日 間
	住 所			至	令 和	年 月 日	日 間
②	名 称			自	令 和	年 月 日	日 間
	住 所			至	令 和	年 月 日	日 間
③	名 称			自	令 和	年 月 日	日 間
	住 所			至	令 和	年 月 日	日 間
④	名 称			自	令 和	年 月 日	日 間
	住 所			至	令 和	年 月 日	日 間
上記のとおり申請します。 高知県市町村職員共済組合理事長 様 令和 年 月 日 住所 組合員 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 職 名 所属所長 氏 名							

1. 証の発効年月日は、本申請書が共済組合に到着した日の属する月の1日となります。
2. 発効年月日について前月以前を希望する場合は、その旨を欄外に記載してください。
3. 証の有効期限は、7月31日となります。8月1日以降の適用を希望する場合には、新たに申請が必要となります。
4. 組合員が市町村民税非課税であることを証する書類を添付してください。