

事務局長	課長	主幹	係長	課員	本件 お伺い します 伺日

限度額適用・標準負担額減額認定申請書

組 合 員	記号		番号		所 属 機 関	名称 所在地
	氏名					
	生年月日	年 月 日				
減 額 対 象 者	氏名				組合員との続柄	
	生年月日	年 月 日			長期入院※	<input type="checkbox"/> 該当 (1年間91日以上)
	住所					
<p>※ 長期入院該当とは、申請月以前の12月以内の入院日数（市町村民税非課税期間に限ります。）の入院日数が90日を超えるもの</p> <p>※ 長期入院該当者として申請する場合のみ、該当する入院に係る事項を以下に記入してください。あわせて、入院期間を確認できる書類（医療機関発行の領収書等）を添付してください。</p>						
	申請日の前1年間の入院期間（日数）				入院をした保険医療機関等	
①	年 月 日 から	年 月 日 まで	日間	(名称) (所在地)		
②	年 月 日 から	年 月 日 まで	日間	(名称) (所在地)		
③	年 月 日 から	年 月 日 まで	日間	(名称) (所在地)		
④	年 月 日 から	年 月 日 まで	日間	(名称) (所在地)		
<p>上記のとおり、減額認定の条件に該当しますので申請します。</p> <p>また、佐賀県市町村職員共済組合が行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律第19条第8号に基づく利用特定個人情報の提供に関する命令第85条に規定する限度額適用・標準負担額減額の認定の申請に係る事実についての審査に関する事務（第22号）を処理するために限って地方税関係情報について取得することに同意します。</p> <p style="text-align: center;">佐賀県市町村職員共済組合理事長 様</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">申請者 住所 (組合員) 氏名 印</p> <p style="text-align: right;">(自署の場合は押印不要です。)</p>						
<p>上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">職名 所属所長 氏名</p>						

※ 申請書提出後、「限度額適用・標準負担額減額認定証」を交付された者は、医療機関等でマイナ保険証（電子資格確認に利用される個人番号カードをいいます。）を利用すれば、認定証の提示は不要です。なお、認定には、課税年度ごとに有効期限があります。