

# 限度額適用・標準負担額減額認定申請書

第110条の6様式

組合員証記号番号又は個人番号										所属機関名	
記号	5	0	3	番号	1	2	3	4	5	〇〇市	
個人番号(記号番号を記入した場合は不要)											
組合員氏名				共済 太郎							
減額対象者	氏名		共済 太郎					続柄		本人	
	生年月日		昭和 平成 令和	△△年 5月 5日		長期該当		該当 ・ 非該当			
減額対象者の住所	前橋市元総社町335番地の8										

ここから下は長期該当者として申請する者のみ記入してください。						入院日数合計 ( 92 日間)	
①	申請日の前1年間の入院期間(日数)		令和 △△年 10月 1日から 令和 △△年 12月 31日まで		92 日間		
	入院をした保険医療機関等		名称 共済病院 所在地 前橋市大手町1-30-45				
②	申請日の前1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1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1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1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。 群馬県市町村職員共済組合理事長 様</p> <p style="text-align: center;">令和△△年 9月10日</p> <p style="text-align: right;">住所 前橋市元総社町335番地の8 申請者 氏名 共済 太郎</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;">令和△△年 9月11日</p> <p style="text-align: right;">職名 〇〇市長 所属所長 氏名 赤城 一郎</p>	