

# 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				番号							
個人番号 (記号番号を記入した場合は不要)											
組合員氏名										続柄	
減額対象者	氏名									性別	男・女
	生年月日		昭和 平成		年		月		日		長期該当
減額対象者の住所											

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 ( 日間)	
①	申請日の前1年間の入院期間 (日数)				平成 平成	年	月	日から 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1年間の入院期間 (日数)				平成 平成	年	月	日から 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)				平成 平成	年	月	日から 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)				平成 平成	年	月	日から 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)				平成 平成	年	月	日から 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;">平成 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">住所 申請者 氏名 <span style="float: right;">印</span></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;">平成 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">住所 所属所長 氏名 <span style="float: right;">印</span></p>											