

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					続 柄	本 人	
減額対象者	氏 名				共 済 太 郎					性 別	(男) ・ 女	
	生年月日				(昭和 平成)	△△	年		5	月 5 日		長期該当
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 (日間)	
①	申請日の前1年間の入院期間 (日数)		平成 平成	△△年 10 月 1 日	日から 日まで		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)		平成 平成	年 月 日	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	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	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	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。</p> <p style="text-align: center;">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 9 月 10 日</p> <p style="text-align: right;">住 所 前橋市元総社町335番地の8</p> <p style="text-align: right;">申請者 氏 名 共 済 太 郎 (印)</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 9 月 11 日</p> <p style="text-align: right;">職 名 〇〇市長</p> <p style="text-align: right;">所属所長 氏 名 赤 城 一 郎 (印)</p>	