限度額適用・標準負担額減額認定申請書

第110条の6様式

組合員等記号・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	0.000	名												
			氏	名							続	柄			
減額	対象者		生年月	月日	昭和平月	犮	2	年	月	日	長期	該当	該当	•	非該当
	対象者 住				,										

,	ここから下は長期該当者として申請する	る者のみ記入	してくだる	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)	令和 令和	年 年	月月	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					
	申請日の前1年間の入院期間(日数)	令和 令和	年 年	月 月	日から 日まで		日間
2	入院をした保険医療機関等	名 称 所在地					
	申請日の前1年間の入院期間(日数)	令和 令和	年年	月月	日から 日まで		日間
3	入院をした保険医療機関等	名 称 所在地					
	申請日の前1年間の入院期間(日数)	令和 令和	年 年	月月	日から 日まで		日間
4	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 令和	年年	月 月	日から 日まで		日間
(3)	入院をした保険医療機関等	名 称 所在地					

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										
	令和	年	月	日						
					申請者	住	所			
					中明石	氏	名			
上記の	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						
					所属所長	職	名			
					別俩別又	氏	名			

※減額対象者がマイナ保険証の利用登録者である場合は、本申請書を共済組合が受理してから<u>概ね5日以内に限度額適用・標準負担額減額情報がマイナ保険証に収録</u>されます。この場合、認定証等は交付されませんので、減額対象者ご自身のマイナポータルにて当該情報の収録状況を確認してください。