

# 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											
減額対象者	氏名				続柄						
	生年月日		昭和 平成 令和	年	月	日	長期該当	該当 ・ 非該当			
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)			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								
②	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								
③	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								
④	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								
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			
	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;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">住所 申請者 氏名</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 月 日</p> <p style="text-align: right;">職名 所属所長 氏名</p>											