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	5	0	3	番号			1	2	3	4	5	○○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：	

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　９月１０日

申請者
住　所　前橋市元総社町３３５番地の８
氏　名　共済　太郎

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　９月１１日

所属所長
職　名　○○市長
氏　名　赤城　一郎

※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。