

決裁欄	事務局次長	係長	係員	決定年月日	令和	年	月	日
-----	-------	----	----	-------	----	---	---	---

限度額適用・標準負担額減額認定申請書

組	組合員記号番号	1 - 1234567	
	組合員氏名	共済 太郎	生年月日 <del>昭和</del> 平成 ○○年○○月○○日
	所属所名称	総務局	
	減額対象者氏名	共済 花子	生年月日 <del>昭和</del> 平成 ○○年○○月○○日
※長期入院に該当する方(申請月以前12月以内に減額対象者としての入院日数が90日を超える方)のみ次の①～④に記入してください。			
合	①	申請日の前1年間の入院期間(日数)	平・令 ○○年○○月○○日から ○○日間 平・令 ○○年○○月○○日まで
		入院をした保険医療機関等	名称 ○○総合病院 所在地 大阪市○区○○ ○-○-○
	②	申請日の前1年間の入院期間(日数)	平・令 年 月 日から 日間 平・令 年 月 日まで
		入院をした保険医療機関等	名称 所在地
記	③	申請日の前1年間の入院期間(日数)	平・令 年 月 日から 日間 平・令 年 月 日まで
		入院をした保険医療機関等	名称 所在地
入	④	申請日の前1年間の入院期間(日数)	平・令 年 月 日から 日間 平・令 年 月 日まで
		入院をした保険医療機関等	名称 所在地
欄	令和○○年○○月○○日 上記のとおり関係書類を添えて限度額適用・標準負担額減額認定証の交付を申請します。		
	組合員	住所 大阪市○○区○○ ○-○-○	
		氏名 共済 太郎	印
連絡先(電話番号)			
大阪市職員共済組合理事長 あて			
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			
職名			
所属機関の長 又は所属所長 氏名 印			

市区町村長が証明する欄	当該組合員には平成・令和 年度の市(区)町村民税が課されていないことを証明する。 令和 年 月 日 市区町村長名 印
-------------	--

(注) 市区町村長が証明する欄については、組合員の市(区)町村民税非課税証明書の添付でも結構です。長期入院に該当する場合は、入院期間を確認できる書類を添付してください。