

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	-					
	組合員氏名				生年月日	昭・平 年 月 日	
	所属所名称						
	減額対象者氏名				生年月日	昭・平・令 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)	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					
記	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					
入	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					
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。 <input type="checkbox"/> マイナンバー制度における情報連携での住民税情報の確認には同意しません。						
	組合員		住所				
			氏名				
		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					

マイナンバー制度における情報連携での住民税情報の確認に同意しない場合は、次の市区町村長による証明が必要です。なお、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構いません。

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
-------------	--

(注) 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。