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

組合員記入欄

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。

①	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	
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	

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。

□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

所属機関の長
又は所属所長

職名

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。