

決裁欄

組合員が前年度非課税の方の申請書です。
減額対象者が組合員本人の場合も、すべて記入してください。

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	昭平 〇〇年〇〇月〇〇日	
	所属所名称	〇〇局			
	減額対象者氏名	共済 花子	生年月日	昭平 〇〇年〇〇月〇〇日	
合	※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 〇〇年 〇〇月 〇〇日から 〇〇日まで	〇〇日間	
		入院をした保険医療機関等	名称	〇〇総合病院	
			所在地	大阪市〇区〇〇 〇-〇-〇	
	②	申請日の前1年間の入院期間(日数)	令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日から 〇〇日まで	〇〇日間	
		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 〇〇年 〇〇月 〇〇日から 〇〇日まで	〇〇日間	
		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 〇〇年 〇〇月 〇〇日から 〇〇日まで	〇〇日間	
		入院をした保険医療機関等	名称		
			所在地		
	欄	令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日			
		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 checked="" 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。			
住所		大阪市〇区〇〇 〇-〇-〇			
氏名	共済 太郎				
連絡先(電話番号)	〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇				
所属機関の長又は所属所長					
所属機関の長又は所属所長					
所属所(市長部局にあっては総務事務センター)において証明しますので、記入する必要はありません。					
同意しない場合はチェックを入れてください。 なお、同意しない場合には「市区町村長が証明する欄の証明または組合員本人の非課税証明書の添付が必要となります。」					
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) 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。