

限度額適用・標準負担額減額認定申請書

組合員証 記号 番号	9098 90999	フリガナ 氏名	キョウサイ タロウ 共済 太郎	生年月日	
			昭和 60年4月1日 平成		
個人番号※	※ 組合員証記号・番号を記入の場合は不要です。				
所属機関名	〇〇町役場	所属機関所在地	〇〇町〇〇123-1		
認定対象者	フリガナ	キョウサイ タロウ	性別	組合員との続柄	住所
	氏名	共済 太郎	男	本人	〒862-0911 熊本市東区健軍1-5-3
	生年月日	昭和 平成 60年4月1日生	女		
	個人番号※	※ 組合員証記号・番号を記入の場合は不要です。			
申請(療養)期間	令和 3年4月1日 ~ 令和 3年4月30日				
長期入院	該当・ 非該当 ※ 長期入院とは、過去12ヶ月(市町村民税非課税期間)の入院日数が90日を超えている場合です。				
※ 長期入院該当者は、以下の入院期間を記入してください。				入院日数合計 (日間)	
①	申請日前1年間の入院期間(日数)	年 月 日 ~ 年 月 日 (日間)			
	入院した保険医療機関等	名称	所在地		
②	申請日前1年間の入院期間(日数)	年 月 日 ~ 年 月 日 (日間)			
	入院した保険医療機関等	名称	所在地		
希望送付先等 (該当番号に○印)	受取方法等		摘要		
	1	所属所共済組合担当課へ郵送	※ 勤務先での受け取り		
	2	組合員の自宅へ郵送	※ 自宅での受け取り		
	3	組合員の指定先へ郵送	※ 下欄に記入してください。(入院先医療機関での受け取り等。)		
4	共済組合事務局での受取り (組合員・組合員以外)	※ ご本人確認書類(注2)の提示が必要です。 ※ 組合員以外の代理受取の場合、下欄に記入してください。			
組合員の指定先 又は 代理受取者	(送付先) 又は (代理受取者住所)			受取者氏名	
	〒862-0911 熊本市東区健軍1-5-3 Tel. 096 (365) 1900			(フリガナ) キョウサイ ハナコ 共済 花子	
<p>上記のとおり申請します。</p> <p>また、熊本市市町村職員共済組合が行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律別表第二の主務省令で定める事務及び情報を定める命令第三十一条の二の二第十八号に規定する事務手続を処理するために限って、地方税関係情報について取得することに同意します。</p> <p>熊本市市町村職員共済組合理事長 様 令和 3年 3月 30日 〒 862-0911</p> <p>申請者住所 熊本市東区健軍1-5-3 (組合員)氏名 共済 太郎 (印) 共済</p>					
<p>上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。</p> <p>令和 3年 3月 31日</p> <p>職名 〇〇町長 所属所長 氏名 〇〇 〇〇</p>					

押印が必要です

共済

(注) この申請により、共済組合が取得する情報(組合員の市町村民税(非)課税証明書)は、次のとおりです。
 ・4月から7月診療分については、前年度の証明書(前々年中の収入)。
 ・8月から翌年3月診療分については、当年度の証明書(前年中の収入)。

共済組合使用欄 (これより以下は、記入しないでください。)

決定 伺	課 長	課長補佐	係 長	係 員
下記のとおり決定してよろしいか。				
※ 適用区分				
摘要				

