限度額適用・標準負担額減額認定申請書

組合員	組合員証記号番号	○○○－○○○○	所属機関	名　称	○○市
	氏　　名	○○　○○		所在地	○○市○○町○○番地○
対象者	氏　　名	○○　○○	生　年　月　日		平成○年　○月　○○日

長　期　入　院　：　過去 12 か月の入院日数が 90 日を超えている場合	該当　・　非該当

①	申請日の前一年間の入院期間（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	申請日の前一年間の入院期間（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	

送付先	□　所属所担当課　□　自宅　☑入院先医療機関　□その他
入院先医療機関またはその他を希望の場合は、送付先をご記入ください。	〒○○○－○○○○ ○○市○○町○丁目○番○号　○○○○病院○○病棟○○○号室

鳥取県市町村職員共済組合理事長　様　　令和○年　○月　○○日

同　意　書

私は、鳥取県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　　基づく利用特定個人情報の提供に関する命令第八十五条に規定する事務手続を処理するために限　　同意します。

なお、本書の複写は無効であり、本書の提出の際の事務処理に限って　　ご

申請者(組合員)の氏名を記載してください。
※交付対象者が被扶養者の場合であっても
組合員の氏名を記載してください。

同意者	氏（フリガナ）名	○○　○○　㊞　　自署した場合は、押印を省略できます。
	生年月日	□昭和　・　☑平成　○年　○月　○○日
	現在の住民票の住所	○○市○○町○―○―○○
	今年の１月１日現在の住民票の住所	※現在の住民票の住所と同じ場合は、記載不要です。

別添証明書のとおり、減額認定の条件に該当しますので、上記のとおり申請します。

鳥取県市町村職員共済組合理事長　様

令和　○年　○月○○日

【申請者(組合員)】住　所　○○市○○町○―○―○○

氏　名　○○　○○

1．この申請書は、減額対象者１人ごとに１枚提出してください。

2．減額対象者が組合員であるときは、「対象者」欄の「氏名」欄に「本人」と記載してください。

3．上記同意書に記載しない場合、この申請書に非課税証明書等低所得証明を添付してください。

4．「長期入院」に該当する場合は、この申請書に入院期間、標準負担額を証する領収書を添付してください。

決　　裁	事務局次長	課　長	合　　議	主　査
令和　年　月　日				

(R6.9)