局長		次長		課長		課長補佐		係長		係	

限度額適用・標準負担額減額認定申請書

組合員等記号番号		－		所属所名		
組合員氏名				生年月日	年　　月　　日	
適用対象者		住所 氏名				
		生年月日及び続柄		年　　月　　日　　続柄		
長期入院		該当・非該当		※申請月以前１年間（非課税機関に限る）に 90 日以上入院した場合、「該当」に〇の上、以下の欄に記入してください。		
入院をした保険医療機関等				申請日の前１年間の入院期間（日数）		
	名称		自	令和　年　月　日		日間
	住所		至	令和　年　月　日		日間
	名称		自	令和　年　月　日		日間
	住所		至	令和　年　月　日		日間
	名称		自	令和　年　月　日		日間
	住所		至	令和　年　月　日		日間
	名称		自	令和　年　月　日		日間
	住所		至	令和　年　月　日		日間
	名称		自	令和　年　月　日		日間
	住所		自	令和　年　月　日		日間

上記のとおり申請します。

高知県市町村職員共済組合理事長　様

令和　　年　　月　　日

住所

組合員

氏名

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

所属所長

氏名

1.証の発行年月日は、本申請書が共済組合に到着した日の属する月の１日となります。

2.発行年月日について前月以前を希望する場合は、その旨を欄外に記載してください。

3.証の有効期限は、7 月 31 日となります。8 月 1 日以降の適用を希望する場合においては、新たに申請が必要となります。

4.組合員が市町村民税非課税であることを証する書類を添付してください。