整理番号	

共済組合事務処理欄				
事務局次長	係長	事務員	下記のとおり決定の上、承認する。	
			承 認 年 月 日	年 月 日
組合員名			生 年 月 日	年 月 日

限度額適用・標準負担額減額認定申請書

（組合員が市区町村民税非課税の場合）

組合員記号番号	○○○－××××××	事業所名（局 区 課）	行財政局人事部厚生課

組合員	氏名	共 済 太 郎		
	生年月日	○○ 年 ○○ 月 ○○ 日		
減額対象者	氏名	共 済 花 子	組合員との続柄	妻
	生年月日	○○ 年 ○○ 月 ○○ 日	性別	男 ・ 女
長期入院	該当 ・ 非該当			

①	申請日の前1年間の入院期間（日数）	○○ 年 ○○ 月 ○○ 日から ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日まで	○○ 日間
	入院をした保険医療機関等	名称	京都市○○区○○ ○－○
		所在地	○○総合病院
②	申請日の前1年間の入院期間（日数）	年 月 日から 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）	年 月 日から 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）	年 月 日から 年 月 日まで	日間
	入院をした保険医療機関等	名称	
		所在地	
⑤	申請日の前1年間の入院期間（日数）	年 月 日から 年 月 日まで	日間
	入院をした保険医療機関等	名称	
		所在地	

市区町村長が証明する欄	当該組合員には、 年度の市（区）町村民税が課されないことを証明する。 市区町村長名 印

上記のとおり申請します。 ○○年 ○○月 ○○日 （あて先） 京都市職員共済組合理事長 組合員住所 京都市中京区寺町通御池上る上本能寺前町488番地 氏名 共済 太郎	事務取扱者 所属の庶務担当者の記名又は押印

（注）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結構です。
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。