

| | | | |
|-----------|----|------|------------------|
| 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)

| | | | | |
|-----------|---|--|--------------|---|
| 組合員証・記号番号 | 〇〇〇-××××× | 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 | 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 | | |
| 減 額 対 象 者 | 氏 名 | 共 済 花 子 | 組合員 との続柄 | 妻 |
| | 生年月日 | 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 | 性 別 | 男 女 |
| 長 期 入 院 | <input checked="" type="radio"/> 該当 ・ <input type="radio"/> 非該当 | | | |
| ① | 申請日の前1年間の入院期間(日数) | 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日から 〇〇 日間 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日まで | | |
| | 入院をした保険医療機関等 | 名 称 | 京都市〇〇区〇〇 〇-〇 | |
| | | 所在地 | 〇〇総合病院 | |
| ② | 申請日の前1年間の入院期間(日数) | 年 月 日から 日間 年 月 日まで | | |
| | 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 日間 年 月 日まで | | |
| | 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 日間 年 月 日まで | | |
| | 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 日間 年 月 日まで | | |
| | 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。 (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 |
| | 〇〇年 〇〇月 〇〇日 |

(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。