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）		
組　合　員	氏　名			
	生年月日	年　月　日		
減額対象者	氏　名		組合員との続柄	
	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	
		所在地	
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 氏名	事務取扱者

（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。