

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)

組合員証・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 日間 年 月 日まで	
	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 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、 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 氏名	年 月 日	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。