

# 限度額適用・標準負担額減額認定申請書

所属所名		〇〇市		組合員証号 記号番号	記号 埼 999	番号 9999
組合員 氏名	フリガナ クミアイ 組合	タロウ 太郎	生年月日	昭和 〇年 〇月 〇日 平成		
適用対象者	フリガナ 氏名	クミアイ 組合	タロウ 太郎	性別	男・女	続柄 本人
	生年月日	昭和 平成	〇年 〇月 〇日	申請日の前月の 標準報酬の月額		200,000 円
申請の期間		令和3年10月1日 ~ 令和3年10月31日				
※始期及び終期は必ずご記入ください						
長期入院の有無	有・無	※長期入院とは、過去12ヶ月の入院日数が90日を超えている方のことです。ただし、市区町村民税が課されていない期間の入院期間に限ります。				
上記のとおり申請します。						
埼玉県市町村職員共済組合理事長 様						
令和 〇年 〇月 〇日						
住所 さいたま市浦和区7-5-14						
申請者 氏名 組合 太郎						
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。						
令和 〇年 〇月 〇日						
職名 〇〇市長						
所属所長 氏名 埼玉 一郎						
備考						共済組合受付
決裁欄	課長	主幹	主査	係	照合	

※この申請書は、登録事項変更申告書及び非課税証明書を添付してください。

※申請月の初日（または資格取得日）以前への遡及は出来ませんので、余裕を持って申請してください。