限度額適用・標準負担額減額認定申請書

所属所名			組合員証記号番号	記号		番号	
				埼			
組合員	フリガナ 氏名		生年月日	昭和 平成	年	月	日
適用対象者	フリガナ 氏名		性別	男・女	続柄		
	生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日	申請日の前月の標準報酬の月額	円			
申請の期間 ※始期及び終期は必ずご記入ください	年 月 日 ～ 年 月 日						
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　　年　　月　　日

住　所

申請者

氏　名

上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。

令和　　年　　月　　日

職　名

所属所長

氏　名

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。