

記入例

限度額適用・標準負担額減額認定申請書

組合員又は被扶養
者で減額等の対象
となる者を記入

日中連絡のつく電話番
号、内線番号等を記入

長期入院（減額対象者で減額対象
者としての入院日数が標準負担額
減額申請を行った月以前の12月以
内の入院日数が90日を超える場
合）の該当非該当を○で囲む

| | | | |
|-------------------------------------|-------------------|--|-------------------------------|
| 組合員等記号番号 | | 401-XXXXXXX | |
| 組合員 | 氏名 | 防衛 花子 | |
| | 生年月日 | 平成○年 ○月 ○日 | |
| | | 所属部局課 (部隊名) | ○○○○○ |
| | | 連絡先電話番号 | XXX-XXXX-XXXX (内線番号 XXXXX) |
| 適用 対象者 減額 | 氏名 | 防衛 花子 | 男・女 |
| | 住所 | 東京都○○区○○ | |
| | 長期入院 | 該 当 | |
| 生年月日及び続柄 | | ○○○○年 ○月 ○日 続柄 本人 | |
| 入院期間 | | ○○○○年 ○月 ○日 から ○○○○年 ○月 ○日まで | |
| 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 | ○○病院 |
| | | 所在地 | 東京都○○区○○ |
| 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 | |
| 国家公務員共済組合法施行令第11条の3の5第1項第5号又は第2項第5号 | | 該 当 ・ 非 該 当 | |
| 国家公務員共済組合法施行令第11条の3の5第3項第4号 | | 該 当 ・ 非 該 当 | |
| 国家公務員共済組合法施行令第11条の3の5第3項第3号 | | 該 当 ・ 非 該 当 | |
| 上記のとおり申請します。 | | | |
| 防衛省共済組合 市ヶ谷センター所属所長 殿 | | | |
| 記入不要 | | | |
| 申請者 | | 〒XXX-XXXX 住 所 東京都○○区○○ 氏 名 防衛 太郎 | |