

記入例

限度額適用・標準負担額減額認定申請書

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

組合員等記号番号		401-XXXXXXXX	
組合員	氏名	防衛 花子	
	生年月日	平成〇年 〇月 〇日	
所属部局課 (部隊名) 連絡先電話番号		〇〇〇〇〇 XXX-XXXX-XXXX (内線番号 XXXXX)	
適用対象者 減額	氏名	防衛 花子	男・女 <input checked="" type="radio"/>
	住所	東京都〇〇区〇〇〇	
長期入院			<input checked="" type="radio"/> 該当 <input type="radio"/> 非該当
生年月日及び続柄	〇〇〇〇年 〇月 〇日		続柄 本人
入院期間	〇〇〇〇年 〇月 〇日 から 〇〇〇〇年 〇月 〇日まで		
①	申請日の前1年間の入院期間(日数)	〇〇〇〇年 〇月 〇日から 〇〇〇〇年 〇月 〇日まで 〇日間	
	入院をした保険医療機関等	名称	〇〇病院
		所在地	東京都〇〇区〇〇〇
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	不明の場合は空欄で構いません	
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			
〇年 〇月 〇日			
申請者	住所	〒XXX-XXXX 東京都〇〇区〇〇	
	氏名	防衛 太郎	