【記載例】

限度額適用・標準負担額減額認定申請書

組合員証記号番号		160－123456	所属局(部)課名	○○地裁民事第1部
組合員	氏名	共済　太郎	生年月日	平成○○年　○月　○日生
	住所	○○市○○町○－○		
適用・減額対象者	氏名	共済　花子	生年月日	平成○○年　○月　○日生
	住所	☑組合員と同じ		
	続柄	妻		
入院期間		令和○○年○○月○○日から　令和○○年○○月○○日まで		

申請日の前1年間の入院について

①	期間	令和○○年○○月○○日から　令和○○年○○月○○日まで			日数	○○日間
	医療機関の名称	○○総合病院	所在地	○○市○○町○－○		
②	期間	令和○○年○○月○○日から　令和○○年○○月○○日まで			日数	○○日間
	医療機関の名称	○○病院	所在地	○○市○○町○－○		
③	期間	年　月　日から		年　月　日まで	日数	日間
	医療機関の名称		所在地			
④	期間	年　月　日から		年　月　日まで	日数	日間
	医療機関の名称		所在地			
⑤	期間	年　月　日から		年　月　日まで	日数	日間
	医療機関の名称		所在地			

上記のとおり申請します。

裁判所共済組合　御中

令和○○　年　○○　月　○○　日

申請者（組合員）　氏　名　共　済　太　郎

電話番号（日中の連絡先）　●●●－●●●●－●●●●

□勤務先　☑自宅・携帯　□その他（　　）

● **限度額適用・標準負担額減額認定証送付先**

※組合員住所と別の所に送付を希望する場合のみご記入ください。

なお、本部所属の組合員の場合、ご記入がなければ、限度額適用認定証は、組合員の住所に郵送します。

病院に送付を希望する場合、必ず事前に病院から了承を得た上で、病院名・病室又は事務担当者名までご記入ください。

送付先	〒●●●－●●●● ●●県●●●市●丁目●－●
宛名・施設名	●●病院●棟●●●号室

※共済組合記入欄

長期入院
該当　・　非該当

共済組合利用欄

適用区分	記号
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	オ
国家公務員共済組合法施行令第11条の3の5第3項第5号	Ⅱ
国家公務員共済組合法施行令第11条の3の5第3項第6号	Ⅰ