

別紙様式第21号の2の2

※区分才「標準負担額減額認定証」が必要な方は非課税証明書を添付してください。

限度額適用認定申請書

※被扶養者の妻の限度額を申請する場合

組合員証記号番号		9999999999			
組合員	氏名	琉球 太郎		所属課(部)	〇〇学部
	生年月日	S H R 58年1月1日		課名	〇〇学科
適用対象者		氏名	琉球 花代		男・ <input checked="" type="checkbox"/> 女
		住所	中頭郡 上原町 〇〇番地 〇		
生年月日及び続柄		S H R 63年3月1日		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			
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			
● 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1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1項第2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1項第3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1項第4号		該当 ・ 非該当			
上記のとおり申請します。					
文部科学省共済組合 琉球大学支部長 殿					
令和 5 年 4 月 1 日					
申請者 住所 中頭郡 上原町 〇〇番地 〇					
氏名 琉球 太郎					

「該当」又は「非該当」の文字については、該当しない文字を消すこと。

備考 用紙の大きさは、日本工業規格A4とする。