別紙様式第21号の３

（表）

○○共済組合限度額適用・標準負担額減額認定証

令和　年　月　日交付

組合員	記号		番号	（枝番）
	氏名			
	生年月日	昭和 平成 令和	年　月　日	
適用・減額対象者	氏名			
	生年月日	昭和 平成 令和	年　月　日	
	住所			
発効年月日		令和　年　月　日		
有効期限		令和　年　月　日		
適用区分				
長期入院該当		令和　年　月　日	組合印	
発行機関	所在地			
	組合（保険者）番号名称及び印			

別紙様式第21号の３

（表）

○○共済組合限度額適用・標準負担額減額認定証

令和　年　月　日交付

組合員	記号		番号	（枝番）
	氏名			男 女
	生年月日	昭和 平成 令和	年　月　日	
適用・減額対象者	氏名			男 女
	生年月日	昭和 平成 令和	年　月　日	
	住所			
発効年月日		令和　年　月　日		
有効期限		令和　年　月　日		
適用区分				
長期入院該当		令和　年　月　日	組合印	
発行機関	所在地			
	組合（保険者）番号名称及び印			