別紙様式第25号の2

（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

記号		番号	（枝番）
組合員	氏名		
	生年月日	年　月　日	
適用・減額対象者	氏名		
	生年月日	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		
	保険者番号 名称及び印		

（裏）　［略］

備考

1　用紙の大きさは、縦127ミリメートル、横91ミリメートルとする。

2　この証は、対象者１人ごとに作製すること。

3　対象者が組合員であるときは、表面の「適用・減額対象者」の欄の「氏名」欄に「組合員本人」と記載し、対象者が被扶養者であるときは、それぞれの欄に該当事項を記載すること。

4　「有効期限」欄には、この証が無効となる日の前日までを記載すること。

5　適用区分欄には、適用対象者が地方公務員等共済組合法施行令第23条の３の４第１項第５号又は第２項第５号に掲げる者である場合は「オ」と、同条第３項第６号に掲げる者である場合は「Ⅰ」と、同項第５号に掲げる者である場合は「Ⅱ」と記載すること。

6　健康保険法施行規則第62条の３第６号に掲げる者である場合は、適用区分欄に、５記載の適用区分「オ」又は「Ⅰ」に加え、「（境）」と記載すること。

7　別途組合員又はその被扶養者に周知することにより、注意事項を省略することができる。

別紙様式第25号の2

（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

記号		番号	（枝番）
組合員	氏名		男 女
	生年月日	年　月　日	
適用・減額対象者	氏名		男 女
	生年月日	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		
	保険者番号 名称及び印		

（裏）　［同左］

備考

1　用紙の大きさは、縦127ミリメートル、横91ミリメートルとする。

2　この証は、対象者１人ごとに作製すること。

3　「男女」欄は、該当しない文字を抹消すること。

4　対象者が組合員であるときは、表面の「適用・減額対象者」の欄の「氏名」欄に「組合員本人」と記載し、対象者が被扶養者であるときは、それぞれの欄に該当事項を記載すること。

5　「有効期限」欄には、この証が無効となる日の前日までを記載すること。

6　適用区分欄には、適用対象者が地方公務員等共済組合法施行令第23条の３の４第１項第５号又は第２項第５号に掲げる者である場合は「オ」と、同条第３項第６号に掲げる者である場合は「Ⅰ」と、同項第５号に掲げる者である場合は「Ⅱ」と記載すること。

7　健康保険法施行規則第62条の３第６号に掲げる者である場合は、適用区分欄に、６記載の適用区分「オ」又は「Ⅰ」に加え、「（境）」と記載すること。

8　別途組合員又はその被扶養者に周知することにより、注意事項を省略することができる。