常務理事	事務長	担当者

健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書

被保険者	記号		番号		氏　名		生年月日	昭和 平成　年　月　日
	所属	事業所名称（会社名）						
		事業所所在地	〒　　－					

◆減額対象者の方についてご記入下さい。

減額対象者	氏　名		生年月日	昭和 平成 令和　年　月　日	続柄		性別	男　・　女
	減額対象者住　所	〒　　－						
	長期入院	該当　・　非該当						

◆以下は長期該当者として申請する方のみをご記入下さい。

入院日数合計		日間	
申請日の前1年間の入院期間(日数)		令和　年　月　日　から 令和　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)		令和　年　月　日　から 令和　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)		令和　年　月　日　から 令和　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)		令和　年　月　日　から 令和　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)		令和　年　月　日　から 令和　年　月　日　まで	日間
入院をした保険医療機関等	名称		
	所在地		

上記のとおり関係書類を添えて健康保険限度額適用・標準負担額認定証の交付を申請いたします。

令和　　年　　月　　日

市区町村証明欄	当該保険者には_____年度の市(区)町村民税が課せられないことを証明する。 市区町村長名　　印

受付日付印

エイベックス・グループ健康保険組合