

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

被保険者証記号番号		記号		番号	
被保険者	氏名	⑩			
	生年月日	S・H	年	月	日
事業所	名称				
	所在地				
減額対象者	氏名		続柄		
	生年月日	S・H・R	年	月	日
性別	性 別 男 ・ 女				
被保険者 (減額対象者)の住所	〒 — TEL — —				
長期入院	該 当 ・ 非該 当				

ここから下は、長期入院該当者として申請する者のみ記入してください。

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

被保険者のマイナンバー記載欄
(被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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

エーザイ健康保険組合 理事長 殿

(※) 市区町村 長が証明 する欄	当該被保険者には 年度の市区町村民税が 課されないことを証明する。 令和 年 月 日 市区町村長名 ⑩
----------------------------	--

受付年月日

※ 市区町村長の証明に代えて、市区町村民税の非課税証明書の添付でも結構です。