

健保 決 裁 欄	理事長・常務理事	所属長	担当者	係員	受付年月日	決定年月

健康保険限度額適用認定申請書

パナソニック健康保険組合 理事長 殿

右詰めでご記入ください

被保険者証の記号番号		記号		番号						
被保険者本人	フリガナ					生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年	月	日
	氏名	<input type="checkbox"/> 印 <small>自筆の場合は押印を省略できます。</small>								
	住所	(〒 -) Ⅱ・携帯 (日中の連絡先)				-	-			
<u>認定証が必要な方</u> <small>(被保険者の場合は記入不要です。)</small>	フリガナ					生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年	月	日
	氏名	<small>★高齢受給者(70歳以上の方)は申請不要です。</small>								
	療養予定期間	平成	年	月	日	～平成	年	月	日	申請月の初日から 最長1年間となります
上記住所以外への送付希望先 <small>(被保険者本人の住所の場合は記入の必要がありません。)</small>	(〒 -) Ⅱ・携帯 (日中の連絡先)				-	-				
<small>*被保険者本人の住所と送付先が異なるため、確実に配達されるように送付先を記入してください。 (例：〇〇様方、〇〇病院・〇病棟・〇号室、等)</small>										
発効日	<small>原則、申請書が健保へ到着した月の1日が発効日となります。月末に申請される場合や健保到着月の前月から有効の認定証を希望される場合は、連絡事項欄にご記入ください。</small>									
連絡事項										
国や地方自治体の医療費助成を受けられていますか？	<input type="checkbox"/> はい・ <input type="checkbox"/> いいえ									
労災・通災又は第三者行為による傷病ですか？ (※1)	<input type="checkbox"/> はい・ <input type="checkbox"/> いいえ									

申請代行者 (※2)	フリガナ					被保険者との関係	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> その他()
	氏名	<input type="checkbox"/> 印					
	住所	<small>※被保険者本人の住所と同じ場合は記入不要ですが、連絡先はご記入ください。</small> (〒 -) Ⅱ・携帯				-	-
申請代行の理由	1. 被保険者本人が入院中のため。 2. その他()						

上記のとおり健康保険限度額適用認定証の交付を申請します。 記入日 平成 年 月 日

【注意事項】

- ※1. 受診される傷病の原因が労災・通災又は第三者行為による場合は、事前にパナソニック健保へご連絡ください。
- ※2. 申請代行は、被保険者本人が申請出来ない場合に限りです。(申請代行者と被保険者本人の印鑑は必要です)

【健保記入欄】		適用区分	ア・イ・ウ・エ
発効日			