

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

(在職者用)

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	記号		番号						
被保険者本人 ※ 認定証は原則被保険者宅へお届けします。	フリガナ				生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和	年	月	日
	氏名	Ⓜ				<input type="checkbox"/> 平成			
	住所	〒 — — 日中の連絡先Tel — —							
認定証が必要な方 ※70歳以上2割負担の方は不要です	フリガナ				生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和	年	月	日
	氏名					<input type="checkbox"/> 平成			
上記住所以外への希望送付先 ※〇〇様方、病院名・病棟・部屋番号等、詳しくご記入ください	〒 — —								
発効日	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 <input type="checkbox"/> 前月より有効な認定証を希望する場合(月末に投函される場合も含む)								
国や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 ※はいの場合、助成内容をご記入ください(例:乳幼児医療・障がい者医療・難病等)								
労災・通災又は第三者行為による傷病ですか?	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ※はいの場合、事前にパナソニック健保へご連絡ください								

代行申請者 ※被保険者本人が申請できない場合に限ります	フリガナ				生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和	年	月	日
	氏名	Ⓜ				<input type="checkbox"/> 平成			
	住所	〒 — — 日中の連絡先Tel — —							
代行申請の理由	<input type="checkbox"/> 被保険者本人が入院中のため <input type="checkbox"/> 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