

【記入例】

高額な医療を受けるとき、70歳以上の方で2割負担の方は従前どおり「高齢受給者証」のみの提示で高額療養費の自己負担限度額が適用されますので、限度額適用認定証の手続きは必要ありません。

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	1	0	番号	1	2	3	4	5	6	
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	ケンポ タロウ				代理申請時は必須					
	氏名	健保 太郎				生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和	30年 4 月 1 日			
	住所	〒 000 - 0000 日中の連絡先Tel 000 - 0000 - 0000 〇〇市〇〇区〇〇丁目〇〇番〇〇号 △△マンション〇〇号室									
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	ケンポ ハナコ									
	氏名	健保 花子				生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和	30年 4 月 1 日			
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	〒 000 - 0000 〇〇市〇〇区〇〇丁目〇〇番〇〇号 △△病院△△病棟〇〇号室										
発効	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 checked="" 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 checked="" 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 (乳幼児医療)										
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 checked="" 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	フリガナ										
	氏名					生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和	年 月 日			
	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 30 年 8 月 1 日