

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

【退職者用】

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	91	番号						
		92							
被保険者本人	フリガナ				生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 平成			
	氏名	<small>※自筆の場合は押印不要</small>							
認定証が必要な方 ※70歳以上で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 <input type="checkbox"/> 平成			
	氏名	<small>※本人の場合は『本人』と記入ください</small>							
問い合わせ電話番号	() -				<small>※日中連絡可能な電話番号</small>				
認定証送付先 ※原則、被保険者の現住所 にお届けとなります。	<input type="checkbox"/> 現住所 (健保にお届けの住所)								
	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 <small>※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</small> ()								
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 <small>※はいの場合、事前にパナソニック健保へご連絡ください</small>								

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 <input type="checkbox"/> 平成			
	氏名	<small>※必ず、押印願います</small>							
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