

【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。

欄	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	9 1 9 2	番号	1	2	3	4	5	6
被保険者本人	フリガナ	ケンポ タロウ	氏名	健保 太郎	生年月日	昭和 30年 4 月 1 日			
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	ケンポ ハナコ	氏名	健保 花子	生年月日	昭和 30年 4 月 1 日			
問い合わせ電話番号	( ) - ※日中連絡可能な電話番号								
認定証送付先	<input type="checkbox"/> 現住所 (健保にお届けの住所) <input checked="" type="checkbox"/> 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	前月から必要な場合はチェック 原則、申請書が <b>健保へ到着した月の1日</b> 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です	フリガナ		生年月日	昭和 年 月 日
	氏名		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 30年 8月 1日