

健康保険組合	理事長・常務理事	所属長	主担者	係員	受付年月日	決定年月

健康保険限度額適用・標準負担額差額支給申請書

パナソニック健康保険組合 理事長 殿

責任者	担当者

被保険者証の記号番号		記号	9	1	番号	1	2	3	4	5	6	0
被保険者	氏名	健 保 太 郎				事業所	名称					
	生年月日	S50年 5月 1日					所在地					
減額対象者	氏名	健 保 太 郎				被保険者との続柄	本人		<div style="border: 1px solid red; padding: 2px;"> 「減額申請書」を提出し、すでに、「減額認定証」の交付を受けている方は、その発行年月日等を記入して下さい。 </div>			
	生年月日	S50年 5月 1日										
減額対象者の住所		(〒 570-XXXX) 守口市外島町5-55										
減額認定証の交付を受けている人		発行年月日		平成 20年 10月 1日								
		長期該当年月日		平成 20年 10月 1日								

食事療養を受けた保険医療機関等	名称	〇×病院										
	所在地	△△市〇〇町〇-〇										
入院期間 (日数)	平成 20年 9月 15日から											
	平成 20年 9月 30日まで											
入院期間に受けた食事療養に対し支払った額 (標準負担額)		11,700 円										
減額認定証の交付申請又は提出ができなかった理由		<div style="border: 1px solid red; padding: 2px;"> 入院中のため </div>										

振込み希望金融機関

フリガナ				フリガナ				預金種類		口座番号			
銀行名				支店名									
×〇キョウコウ				△△シテン				<input type="checkbox"/> 当座預金 <input checked="" type="checkbox"/> 普通預金		1 2 3 4 5 6 0			
×〇銀行				△△支店									
フリガナ				ケンホウ タロウ									
口座名義				健 保 太 郎									

上記のとおり申請します。

平成 20年 10月 20日

(〒 570 -XXXX)

住 所 守口市外島町5-55

被保険者 氏 名 健 保 太 郎

電話番号 (06) 6111 - XXXX

* 健保記入欄