

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

健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書

パナソニック健康保険組合 理事長 殿

被保険者証の記号番号		記号		番号					
被 保 険 者	氏 名				事 業 所	名 称			
	生年月日	年	月	日		所在地			
減額対象者	氏 名				被保険者との続柄				
	生年月日	年	月	日					
減額対象者の住所		(〒 -)							
長期入院		<input type="checkbox"/> 該 当 ・ <input type="checkbox"/> 非該当							
①	申請日の前1年間の入院期間(日数)		平成 年 月 日から平成 年 月 日まで 日間						
	入院をした保険医療機関等		名 称						
				所在地					
②	申請日の前1年間の入院期間(日数)		平成 年 月 日から平成 年 月 日まで 日間						
	入院をした保険医療機関等		名 称						
				所在地					
③	申請日の前1年間の入院期間(日数)		平成 年 月 日から平成 年 月 日まで 日間						
	入院をした保険医療機関等		名 称						
				所在地					
④	申請日の前1年間の入院期間(日数)		平成 年 月 日から平成 年 月 日まで 日間						
	入院をした保険医療機関等		名 称						
				所在地					
⑤	申請日の前1年間の入院期間(日数)		平成 年 月 日から平成 年 月 日まで 日間						
	入院をした保険医療機関等		名 称						
				所在地					

市区町村長が証明するところ	当該被保険者には 年度の市(区)町村民税が課されないことを証明する。 平成 年 月 日 市区町村長名 (印)
---------------	--

上記のとおり申請します。

平成 年 月 日

(〒 -)

住 所

被保険者 氏 名 (印)

電話番号 () -

健保記入欄
