

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	1	0	番号	1	2	3	4	5	6	0	
被保険者	氏名	健 保 太 郎					事業所	名称	○×株式会社○○事業部				
	生年月日	S50年 5月 1日						所在地	△△市○○町○-○				
減額対象者	氏名	健 保 太 郎					被保険者との続柄	本人					
	生年月日	S50年 5月 1日						長期入院は申請日の前1年間の入院期間（日数）90日以上が該当します。					
減額対象者の住所		(〒 570-××××) 守口市外島町5-55											
長期入院		<input checked="" 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 26年 7月 1日から平成 26年 9月 30日まで 90日間										
	入院をした保険医療機関等		名称	○×病院									
		所在地		△△市○○町○-○									
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											

該年度の市町村発行の非課税とわかる証明書（非課税証明書等）の原本をご添付いただくか、こちらの欄に証明を受けてください。

市区町村長が証明するところ	当該被保険者には26年度の市（区）町村民税が課されないことを証明する。 平成 26年 12月 1日 市区町村長名 △△市長 ○○○○ ㊟
---------------	---

上記のとおり申請します。

平成 26年 12月 10日

(〒 570 - ××××)

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 - ××××

*健保記入欄