

健康保険 被保険者欄	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		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		(〒 -)							
減額認定証の交付を受けている人		発行年月日		平成	年	月	日		
		長期該当年月日		平成	年	月	日		

食事療養を受けた保険医療機関等	名 称								
	所在地								
入院期間（日数）	平成 年 月 日から				日間				
	平成 年 月 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）						円			
減額認定証の交付申請又は提出ができなかった理由									

振込み希望金融機関

フリガナ 銀 行 名	フリガナ 支 店 名	預金種類	口座番号
		当座預金 普通預金	
フリガナ 口 座 名 義			

上記のとおり申請します。

平成 年 月 日

(〒 -)

住 所 _____

被保険者 氏 名 _____

電話番号 (_____) _____

* 健保記入欄

--