

健康保険 被保険者 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	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	〇×株式会社〇〇事業部				
	生年月日	S50年 5月 1日					所在地	△△市〇〇町〇-〇				
減額対象者	氏名	健 保 太 郎				被保険者との続柄	本人	「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。認定がまだの方は未記入で結構です。				
	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 15日間										
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							入院中のため				
							認定証の交付を受けるまでに現に支払った額を記入して下さい。				

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
×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 口座名義	ケンホウ タロウ	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

--