

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

高額療養費・付加給付金請求書

パナソニック健康保険組合 理事長 殿

事業所 担当者	氏名	電話
------------	----	----

被 保 者 記 入 欄	事業所名										
	被保険者記号番号	記号			番号						
	受診者氏名					受診者の 生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年	月	日	
	傷病名					受診月	平成	年	月	受診分 (入院・通院、その他	
	請求事由	<input type="checkbox"/> 資格喪失後の給付となるため（資格喪失日 平成） <input type="checkbox"/> 国や自治体の医療助成を受けているため <input type="checkbox"/> その他（ ）									
	上記のとおり請求します。 ただし給付金の受領を下記事業主に委任します。	資 格 喪 失 (予 定) 者 記 入 欄				★資格喪失後の請求の場合は被保険者（請求者）に送金するため、 被保険者（請求者）名義の振込銀行口座を必ずご記入ください。 ※被保険者死亡のため、相続人が請求者となる場合、 被保険者との続柄が確認できる書類（戸籍謄本、住民票等）を 添付ください。 （ただし、死亡時に相続人が健保の被扶養者であった場合は不要です）					
	平成 年 月 日					金融機関コード			支店コード		
	〒					（フリガナ）			（フリガナ）		
	住所					<input type="checkbox"/> 銀行			<input type="checkbox"/> 本店		
	被保険者氏名 (請求者氏名)					<input type="checkbox"/> 信用金庫			<input type="checkbox"/> 支店		
	<input type="checkbox"/> （ ）					<input type="checkbox"/> 出張所					
電話（ ）	普通					フリガナ					
	口座番号					名義					
	※請求者名義の口座に限る										

事 業 主 証 明 欄	この請求内容が正しいことを証明します。委任を受けた給付金の受領は、貴健保組合との間で定められている所定の方法で受け取ります。									
	平成 年 月 日									
	受任者	事業所所在地	事業所名称	事業主氏名						

【添付いただく書類】

高額療養費・付加給付金に該当する医療機関等のすべての領収書のコピー
 ※領収書は返却できません。また、不足している場合は給付できませんのでご注意ください

【その他】 健保にて審査できるのは受診されてから3ヵ月以降です。医療機関等からの請求タイミングによっては、審査が遅れる場合もございますので、予めご了承ください。

健 保 記 入 欄	SEQ	支給決定額	給付種別							
		円	04)高	05)合算高	13)一部負担	14)合算高付加	20)家族高	28)家族高付加		
		円	04)高	05)合算高	13)一部負担	14)合算高付加	20)家族高	28)家族高付加		
	年齢区分	未就学 ・ 一般 ・ 高(1割) ・ 高(2割) ・ 高(3割)								
	収入区分	ア(83~) イ(53~79) ・ ウ(28~50) エ(~26) ・ オ								
	請求事由	資格喪失後の給付 ・ 資格喪失後の給付(脱退) ・ 公費受給 ・ その他								
	添付書類	法定相続人確認書類(要 ・ 不要)								
	市区町村	法 ・ 付 ・ 高								
	高額回数	1~3回(年) ・ 多数該当								
	合算対象	調合 ・ 21,000 ・ 高齢 ・ 特疾								
備考										