

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
	記入例

高額療養費・付加給付金

ご請求は1カ月につき1枚を作成ください
(複数月分をご請求いただく場合は、
請求書も複数必要です)

パナソニック健康保険組合 理事長 殿

事業所 担当者	氏名	〇〇 〇〇〇	電話	〇〇-〇〇〇-〇〇
------------	----	--------	----	-----------

被 保 者 記 入 欄	事業所名	パナソニック〇〇株式会社												
	被保険者記号番号	記号	1	0	番号	1	2	3	4	5	6	7		
	受診者氏名	健保 花子				受診者の 生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和	27		年	11	月	27	日
	傷病名	腹痛				受診月	平成 27		年	12	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 checked="" 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 入 住 被 保 険 者 氏 名 (請求者氏名)	健保 太郎				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。							
	平成 27 年 12 月 20 日						※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)							
	住 所	〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 〇〇県〇〇市〇〇町〇番〇号				金融機関コード	支店コード							
	電話	〇〇 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇				普通	フリガナ							
						口座番号	名義							
					※請求者名義の口座に限る									

資格喪失(パナソニック健保を脱退)
により請求いただく場合は、必ず
ご記入ください

該当される場合は、状況に応じて
必要書類を添付してください

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 27 年 12 月 25 日											
	受任者				事業所所在地 〇〇県〇〇市〇〇町〇番〇号							
					事業所名称 パナソニック〇〇株式会社 事業主氏名 門真 一郎 業主							

【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。

請求書にご添付ください

健保記入欄	SEQ	支給決定額										
			円 04)高 05)合算高 13)一部負担									
			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												