

健保決裁欄	理事長・常務理事	所属長	主担者
-------	----------	-----	-----

受付年月日	決定年月
-------	------

海外用

療養費請求書
 第二家族療養費
 (被扶養者)

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 険 者 記 入 欄	被保険者証の 記号・番号	被保険者氏名									
	受診者	受診者の 生年月日					<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成		年	月	日生
	傷病名	発病又は負傷の 年月日					平成	年	月	日	
	傷病の原因と経過										
	受けた療養に対する 病院等への支払額	通貨	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)が必要。								
		金額									
		国名									
	入院・入院外	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 入院外									
	診療期間	自 年 月 日				診療 日数	至 年 月 日		(フリガナ) (金融機関コード)		(フリガナ) (店番コード)
		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		→「はい」でかつ第三者の場合は「第三者行為による傷病届」を提出			<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 信用金庫 <input type="checkbox"/> ()		<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 出張所		
	労災・通災又は第三者行為による傷病ですか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ									
日本国内で受診できなかった理由 ※1	<input type="checkbox"/> ① 出向中 (家族帯同含む)				<input type="checkbox"/> ② 出張中			<input type="checkbox"/> ③ その他 (理由)		→③その他の場合…パスポート(氏名の頁、滞在国の入国あるいは出国の押印が確認できる頁)の写しを添付	
※請求者名義の口座に限る											
上記のとおり請求します。 パナソニック健康保険組合が医療機関等に対して、療養が行われた事実の有無や行われた療養等の内容照会を行うこと、また当該医療機関等が内容照会の回答をすることに同意します。 平成 年 月 日 (〒) 住 所 被保険者氏名 (請求者氏名) (印) 電 話 ()											

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方法で受け取ります。									
	平成 年 月 日					事業所所在地				
	受任者					事業所名称				
会社立替のときは「1」を記入→					事業主氏名 (印)					

健保記入欄	SEQ	本人・家族	傷病名							診療年月		日数	支給決定金額				
		本・家								年	月	日			千		円
		本・家								年	月	日			千		円
		本・家								年	月	日			千		円
	元金額		入外区分		備考欄												
			入・外														
			入・外														
			入・外														

<添付書類> ※1 ③その他の場合…パスポート(氏名の頁、滞在国の入国あるいは出国の押印が確認できる頁)の写し
 ①様式A「診療内容明細書」・「領収明細書」、もしくは医療機関が発行した診療内容の明細、領収明細書(要原本)
 ②様式B「日本語訳」

※ 保険給付決定通知書は、パナソニック健保のホームページ・加入者専用webサービス『いきいき健康ナビゲーション』でご確認いただけます。

様式A

Attending Physician's Statement

診療内容明細書

1. Name of patient (Last, First) _____ Age (Date of Birth) _____ Sex (Male/Female) _____
患者名 _____ 年齢(生年月日) _____ 性別(男・女) _____
2. Name of Illness or Injury preferably with Number of International Classification of Diseases for the use of Social Insurance.
傷病名及び社会保険表章用国際疾病分類番号 _____
3. Date of First Diagnosis: _____, 20_____
初診日
4. Days of Diagnosis and Treatment: _____ days
診療日数
5. Type of Treatment and Treatment Date
治療の分類及び治療日
- Hospitalization: from _____, 20_____, to _____, 20_____ (days)
入院 自 _____ 至 _____ (日間)
- Out patient or Home Visit: _____, 20_____, _____, 20_____
入院外
6. Nature and Condition of Illness or Injury (in brief)
症状の概要
7. Prescription, operation and any other treatments (in brief)
処方、手術その他の処置の概要

Itemized Receipt

領収明細書

- | | | | |
|------------------------------------|-----------|----------|-------------------------------------|
| (1) Fee for Initial Office Visit | 初診料 | \$ _____ | |
| (2) Fee for Follow-up Office Visit | 再診料 | \$ _____ | |
| (3) Hospitalization | 入院費 | \$ _____ | |
| (4) Consultation | 診察費 | \$ _____ | |
| (5) Operation | 手術費 | \$ _____ | |
| (6) X-Ray Examinations | X線検査費 | \$ _____ | |
| (7) Laboratory Tests * | 諸検査費 | \$ _____ | * Please fill in the content of the |
| | | \$ _____ | * 諸検査の内容を記入してください。 |
| (8) Medicines ** | 医薬費 | \$ _____ | ** Please fill in the name and the |
| | | \$ _____ | amount of the prescription of an |
| | | \$ _____ | individual medicine. |
| | | \$ _____ | ** 処方した個々の薬の名称と量を |
| | | \$ _____ | 記入してください。 |
| (9) The Others (Specify) | その他(特記事項) | \$ _____ | |
| (10) Total | 合計 | \$ _____ | Unit is _____
通貨単位 |

Hospitals and Clinics Name and address of the Attending Physician / Superintendent of Hospital or Clinic
担当医又は病院事務長の名前及び病院・診療所所在地名

Name 名前: Last 姓 _____ First 名 _____

Address 住所: Office 病院又は診療所 _____ Phone _____

Date 日付 _____ Signature 署名 _____

様式B

日本語訳

訳文をご記入ください。

診療内容明細書	
傷病名	
症状の概要	
処方、手術その他の処置の概要	
領収明細書	
その他(特記事項)	

【翻訳者記入欄 (被保険者でも可)】

氏名 (翻訳者自署) _____

住所 _____