

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。				
		金額						※ 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。 (死亡時に相続人が健保の被扶養者であった場合は不要)				
		国名										
	入院・入院外	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 入院外				(フリガナ)	(フリガナ)					
	診療期間	自	年	月	日	診療 日数	日	<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	→「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				普通	フリガナ		※請求者名義の口座に限る		
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					
上記のとおり請求します。												
<p>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。</p> <p style="text-align: right;">平成 年 月 日 (千 -) 住 所</p> <p style="text-align: right;">被保険者氏名 (請求者氏名) ㊞</p> <p style="text-align: right;">電 話 ()</p>												

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 ㊞						

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										
	千	円	入・外											
	千	円	入・外											
	千	円	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。

Itemized Receipt (Dental)

診療内容明細書・領収明細書(歯科)

Name of Patient (受診者名) _____ Age (年齢) _____ Sex (性別) **【 Male ・ Female 】**

Date of First Diagnosis (初診日) _____ Days of Diagnosis and Treatment (診療日数) _____ days

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 _____, 20____ _____, 20____

Localization of Teeth (部位)																	
Permanent Teeth (永久歯)									Deciduous Teeth (乳歯)								
8 7 6 5 4 3 2 1									1 2 3 4 5 6 7 8								
R																	L
8 7 6 5 4 3 2 1									e d c b a a b c d e								
									R								L
8 7 6 5 4 3 2 1									e d c b a a b c d e								

1. Name of Illness (傷病名)			
①Dental Caries (う蝕症)	②Missing Teeth (欠損)	③Pyorrhea Alveolaris (歯槽膿漏)	④The Others (その他)
_____	_____	_____	_____

2. Dental Treatment (歯科治療)	Localization of Teeth Examined (患歯部位)	Material (材料)	Fee (治療費)
* Initial Office Visit (初診科)			
* X-Ray Examination (レントゲン検査)			
* Dental Pulp Extirpation (抜髄)			
* Extraction (抜歯)			
* Filling (充填)			
* Inlay (インレー)			
* Metal Crown (金属冠)			
* Post Crown (継続歯)			
* Jacket Crown (ジャケット冠)			
* Bridge Work (ブリッジ)			
* Plate Denture (有床義歯) Partial Denture (局部義歯) Complete Denture (総義歯)			
* Treatment of Pyorrhea Alveolaris (歯槽膿漏処置)			
* Medicine (投薬)			
* The Others (その他)			
Total (合計)			

Hospitals and Clinics Name and address of the Attending Physician
 担当医の名前及び病院・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 _____
Attending physician 担当医

Reference number of your medical record (if applicable)

診療録の番号 _____

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