

| | | | | |
|-------|----------|-----|-----|----|
| 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

| | | | | | | | | | | | | |
|----------------------------|-------------------|---|---|---|--------------|---|--------|-----------|---|---|---|---|
| | 事業所名 | | | | | | | | | | | |
| | 被保険者記号番号 | 記号 | 9 | 2 | 番号 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 被 保 者 記 入 欄 | 受診者氏名 | 健保 花子 | | | 受診者の 生年月日 | <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 | | 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 | | | | | | |
| 上 た 記 入 欄 | 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（ ） | | | | | | | | | | |
| | 資格喪失（予定）者記入欄 | <div style="border: 2px solid red; padding: 5px; color: red; font-weight: bold;"> ★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。 </div> <div style="border: 2px solid red; padding: 5px; color: red; font-weight: bold;"> ※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） </div> | | | | | | | | | | |
| | 住所 | 〒 ○○○ - ○○○○ | | | 金融機関コード | | 支店コード | | | | | |
| | 被保険者氏名 (請求者氏名) | 健保 太郎 | | | (フリガナ) | | (フリガナ) | | | | | |
| | 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 | | | | | | | | | | | | |

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 | 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。

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 | | | | | | | | | | |
| | 確 認 事 項 | 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 | | | | | | | | | | | | |