

健保 決裁 欄	常務理事	所属長	担当者	受付年月日	決定年月

療 養 費 請 求 書  
 療 養 費  
 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 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			
	療養の給付を 受けられな かった理由	<input type="checkbox"/> 1.保険証を提示できずに受診した(保険証不携帯もしくは手続中) <添付書類1.参照> <input type="checkbox"/> 2.パナソニック健保以外の保険証を誤って提示し、後日他健保から請求を受け支払った(返還請求) <添付書類2.参照> <input type="checkbox"/> 3.その他(											
	受診した期間	年	月	～	年	月	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来	支払った金額	円				
	業務上、または 通勤途上での 傷病ですか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ					第三者による傷病ですか (交通事故や喧嘩等)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	→「はい」の場合は「第三者 行為による傷病届」を提出				
	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。						<b>◆ 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。</b> <b>※ 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)</b>						
	平成	年	月	日	( 千 一 )		資 格 喪 失 ( 予 定 ) 者 記 入 欄	(フリガナ)			(フリガナ)		
	住 所							(金融機関コード)			(店番コード)		
	被保険者氏名 (請求者氏名) ㊞							<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		
	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													

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 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	診療年月	日数	入外区分	元 金 額		支給決定金額	
		本・家	年 月 日	日	入・外	千 円	円	千 円	円
		本・家	年 月 日	日	入・外	千	円	千	円
		本・家	年 月 日	日	入・外	千	円	千	円
		本・家	年 月 日	日	入・外	千	円	千	円
		本・家	年 月 日	日	入・外	千	円	千	円
		本・家	年 月 日	日	入・外	千	円	千	円

※ 添付書類(要原本)

<b>1. 保険証を提示できずに受診(保険証不携帯もしくは手続中)</b> 病院・薬局等複数受診した場合はそれぞれに対し以下書類が必要です。 ①領収書 ②診療報酬明細書(医療機関)、調剤報酬明細書(薬局) <b>※医療機関や薬局に発行依頼が必要な書類です。          会計時に受け取る診療(調剤)明細書ではありません。</b>	<b>2. 他保険の保険証誤使用による受診(返還請求)</b> 以下の3点全てが必要です。 ①他健保から請求があった時の内訳が分かる書類 (受診者名・診療年月・医療機関名等が記載されたもの) ②請求があった他健保へ支払った領収書 ③他健保発行の診療(調剤)報酬明細書
---	--

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。