

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

療 養 費 請求書(治療用装具等)  
 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	発病または負傷 の年月日、時間					平成	年	月	日	頃
	傷病の原因	1. 病気 2. 怪我 3. 不明 4. その他記入欄【 】									
	傷病の経過	1. 入院治療中 2. 通院(外来)治療中 3. 経過観察中 4. 完治 5. その他記入欄【 】									
	療養の給付を 受けられな かった理由	治療用装具等の装着のため									
	治療用装具 作製日	平成	年	月	日	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来	治療用装具 等の金額	円			
	業務上、もしくは 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。	平成 年 月 日 ( 〒 - )					住所				

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。 (死亡時に相続人が健保の被扶養者であった場合は不要)									
	(フリガナ)					(フリガナ)				
	(金融機関コード)					(店番コード)				
	<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				

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	支給期間	入外区分	元金額	支給決定金額
		本・家	年 月 日	入・外	千 円	千 円
	傷病名				備考欄	
装具名						

添付書類(要原本) \* 医師の証明書等は保険医療機関から無償で交付いただけます(医療機関の書式でも代用可)

①装具 ・医師の意見書等(*) ・装具装着証明書(*) ・領収書 ・領収書の内訳がわかる書類	②治療用眼鏡 ・弱視等治療用眼鏡等作成指示書(*) ・領収書(子の名前が記載されているもの)	③弾性ストッキング等 ・弾性着衣等装着指示書(*) ・領収書 ・領収書の内訳がわかる書類 (金額、購入枚数等)
--	--	---

※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。