

健保決裁欄	理事長・常務理事	所属長	担当者

受付年月日	決定年月

【退職者用】

療 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

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者証の 記号・番号	9 2 . 3 4 5 6 7 8 9	被保険者氏名	健保 太郎			
	受診者	健保 花子		受診者の 生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 28年 3月 20日生 <input type="checkbox"/> 平成		
	装具を必要とする 傷病名	腰椎骨折		発病または負傷 の年月日、時間	平成 30年 1月 23日 午前・午後 時 頃	<input type="checkbox"/> 不明	
	傷病の原因	<input type="checkbox"/> 病気 <input checked="" type="checkbox"/> ケガ <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> その他() 具体的に【家で1階に降りようとした時、階段を踏み外して転んだ】					
	過去の装具作成歴	<input type="checkbox"/> ある ⇒ <input type="checkbox"/> 痛み・症状の緩和 <input type="checkbox"/> 患部の固定・矯正・支持・免荷 <input type="checkbox"/> 再発防止・予防 <input type="checkbox"/> 日常生活の利便性 <input checked="" type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> その他記入欄【 】					
	装具作成の目的	<input type="checkbox"/> 痛み・症状の緩和 <input checked="" type="checkbox"/> 患部の固定・矯正・支持・免荷 <input type="checkbox"/> 再発防止・予防 <input type="checkbox"/> 日常生活の利便性 <input type="checkbox"/> その他記入欄【 】					
	装具作成時の状況	<input checked="" type="checkbox"/> ギブス・石膏・足型版などで型を取った <input type="checkbox"/> 患部・患部周辺をメジャーで測定 <input type="checkbox"/> 何も行っていない <input type="checkbox"/> S/M/Lのサイズを決めるため、メジャーで簡単に測定 <input type="checkbox"/> その他記入欄【 】					
	治療 作成	業務上または通勤途上 での傷病では請求不可	0年 2月 12日	<input type="checkbox"/> 入院 <input checked="" type="checkbox"/> 外来	治療用装具 等の金額	38,880	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 checked="" 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 checked="" 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。 また、パナソニック健康保険組合が医療機関に対して、療養等の 内容照会を行うこと、または当該医療機関が内容照会の回答をす ることに同意します。			資格喪失(予定)者記入欄			
平成 30年 2月 20日 (年 〇 〇 〇 〇 一 〇 〇 〇 〇) 住 所 〇〇県〇〇市〇〇町〇〇-〇〇			◆ 現役退職後の請 (任継・特退被 ◆ 被保険者死亡に ※ 相続人が請求者となる場合は、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省略可)				
被保険者氏名 (請求者氏名) 健保 太郎		健保 太郎		フリガナ		フリガナ	
電 話 〇〇 (〇 〇 〇 〇) 〇 〇 〇 〇		銀行		本店			
		信用金庫		支店			
		()		出張所			
		普通		フリガナ			
		口座番号		名義			
※請求者名義の口座に限る							

健保 記入 欄	SEQ	本人・家族 本・家	支給期間 年 月 日	入外区分 入・外	元金額 千 円	支給決定金額 千 円
	傷病名					
	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。

【装 具】	【治療用眼鏡】	【弾性ストッキング等】
① 医師の意見書等(*) ② 装具装着証明書(*) ③ 購入した装具の画像 ④ 領収書 および 領収書の内訳がわかる書類	① 弱視等治療用眼鏡等作成指示書(*) ② 領収書	① 弾性着衣等装着指示書(*) ② 領収書 ③ 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。

治療用装具等 画像貼付台紙

- 撮影した画像は、下記の枠内に貼付してください。
- 必ず、購入された全ての装具について撮影してください。

被保険者証記号・番号	被保険者氏名	受診者氏名(続柄)	作成した装具名
92 ・ 3456789	健保 太郎	健保 花子 (妻)	両足底装具

①正面

②側面(右、左どちらか一方)

③ロゴ・サイズ・品番・メーカー表記等(ある場合)

【治療用装具等 画像提出に関するご案内】

◆撮影方法について

作成された装具すべてに対し、下記の方向および箇所について撮影してください。

- ①正面
- ②側面(右、左どちらか一方)
- ③ロゴ・サイズ・品番・メーカー表記等(ある場合)

※内容についてわからない場合は、作成された装具会社にご確認願います。



◆提出方法について

撮影した画像を印刷し、専用貼付台紙に添付して提出してください。

印刷できない場合は、撮影した画像データを当健保までメールで送信してください。

●送信先Eメールアドレス

kenpo.taisaku@gg.jp.panasonic.com

※送信の際は、下記の項目を必ず記載してください。

<題名>

■装具画像データ送信について

<本文>

- ・被保険者氏名
- ・被保険者番号
- ・請求書送付年月日