

健保 決裁 欄	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
 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

被保険者証の 記号・番号	1 0 ・ 1 2 3 4 5 6 7	被保険者氏名	健保 太郎			
受診者	健保 明		受診者の 生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 2 0 年 1 1 月 1 日生		
療養の給付を 受けられな かった理由	<input checked="" 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(<div style="border: 1px solid red; padding: 2px; display: inline-block; margin-left: 20px;"> パナソニック健保の保険証を使用しなかった理由を チェック、その他の場合は()内に理由を記入 </div>					
受診した期間	28年 11月 ~ 28年 11月		<input type="checkbox"/> 入院 <input checked="" type="checkbox"/> 外来	支払った金額	7,000 円	
業務上、または 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。 ただし給付金の受領を下記事業主に委任します。	平成 2 8 年 1 2 月 1 日 (千 〇 〇 〇 - 〇 〇 〇 〇) <div style="border: 1px solid red; padding: 2px; display: inline-block; margin-left: 20px;"> 業務上または通勤途上 での傷病では請求不可 </div>					
住 所	〇〇県〇〇市〇〇町〇番〇号		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ない場合は不要)		
被保険者氏名 (請求者氏名)	健保 太郎		(フリガナ)	<第三者行為による傷病の例> 交通事故に遭った、他人から暴力を受けた、他人の ペットにかまれた、他人の打ったボールに当たった、 外食や仕出し弁当で食中毒に遭ったなど		
電 話	〇〇 (〇 〇 〇 〇) 〇 〇		(金融機関)	<input type="checkbox"/> () <input type="checkbox"/> 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						

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	
			年 月 日		入・外	千 円	円	千 円	円
		本・家	年 月 日		入・外				
		本・家	年 月 日		入・外				
		本・家	年 月 日		入・外				
		本・家	年 月 日		入・外				
		本・家	年 月 日		入・外				

※ 添付書類(要原本)

<p>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) 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。</p> <p>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) ※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。</p>	<p>2. 他保険の保険証誤使用による受診(返還請求) 以下の3点全てが必要です。</p> <p>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</p>
--	--

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。