

健保 決裁 欄	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  
 第二家族療養費 請求書  
 (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	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: 10px;">           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。 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。	平成 2 8 年 1 2 月 <div style="border: 1px solid red; padding: 2px; display: inline-block; margin-left: 10px;">           業務上または通勤途上            での傷病では請求不可         </div>				
	住所	( 〒 ○ ○ ○ - ○ ○ ○ ○ ) ○ ○ 県 ○ ○ 市 ○ ○ 町 ○ 番 ○ 号		◆ 現役退職後の請求の場合は、被保険者本人の口座を記入 (任継・特退被保険者本人が請求される場合は記入不要) ◆ 被保険者死亡による請求の場合は相続人の口座を記入 (※ 相続人等が請求する場合は、被保険者本人の口座を認める書類 添付可) <div style="border: 1px solid red; padding: 2px; display: inline-block; margin-left: 10px;">           &lt;第三者行為による傷病の例&gt;            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         </div>		
	被保険者氏名 (請求者氏名)	健保 太郎		<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				

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)

<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。