

|       |          |     |     |
|-------|----------|-----|-----|
| 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 |
|       |      |

療

療 養 費  
 第二家族療養費  
 (被扶養者)

請求書(治療用装具等)

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<br>保<br>険<br>者<br>記<br>入<br>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<br><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  | 午前・午後 : 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<br><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<br><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<br><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。 | 平成 年 月 日 ( 千 一 )  |   |                       |   |  | ◆ 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。<br>※ 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) |   |                           |    |           |

|        |  |   |   |   |        |       |  |  |  |     |       |
|--------|--|---|---|---|--------|-------|--|--|--|-----|-------|
| 事業主証明欄 | 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<br>・医師の意見書等(*)<br>・装具装着証明書(*)<br>・領収書<br>・領収書の内訳がわかる書類 | ②治療用眼鏡<br>・弱視等治療用眼鏡等作成指示書(*)<br>・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<br>・弾性着衣等装着指示書(*)<br>・領収書<br>・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。