

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)
 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 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	
	装具を必要とする 傷病名	発病または負傷 の年月日、時間					平成	年	月	日	<input type="checkbox"/> 不明
	傷病の原因	<input type="checkbox"/> 病気 <input type="checkbox"/> ケガ <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> その他(具体的に【 】)									
	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 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 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 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、給付金の受領を下記事業主に委任します。 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	◆ 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。				
平成 年 月 日 (千 一)					※ 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)						
住 所					(フリガナ) (金融機関コード)						
被保険者氏名 (請求者氏名) ㊞					<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 信用金庫 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> () <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											

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 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。

意見書

患者住所 昭和 年 月 日生
患者氏名 平成

上記のものは

傷 病 名

 により

(入院・外来)加療中のもので、装具治療として

装 具 名

 の装着の必要を認めます。

年 月 日

医療機関所在地

名 称

医 師 名

印

装具装着証明書

上記診断による装具を装着したことを証明する。

年 月 日

医療機関所在地

名 称

医 師 名

印

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
.		()	

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

弱視等治療用眼鏡作成指示書

氏名: _____ 年齢: _____ 歳(男・女)

住所: _____

I. 種類(○で囲む):眼鏡
コンタクトレンズ(ハード・ソフト)

II. 度数及び用法

1. 眼鏡

	S(球面)	C(円柱)	A(軸)	近用加入度	PD(瞳孔距離)	用法
右					mm	遠用・近用 遠近両用
左					mm	

2. コンタクトレンズ

右		用法	遠用・近用・遠近両用
左			

III. 備考(眼鏡等を必要とする理由)

1. 疾病名

2. 治療を必要とする症状及び患者の検査結果

右眼視力:

左眼視力:

年 月 日

医療機関

医師氏名

印

弾性着衣等 装着指示書

住 所			
氏 名		性別	男・女
生年月日	昭 和 ・ 平 成 年 月 日		
診 断 名			
手術年月日	昭 和 ・ 平 成 年 月 日		
患 肢	右 上 肢 ・ 左 上 肢 ・ 右 下 肢 ・ 左 下 肢		
弾性着衣等の種類	ス ト ッ キ ン グ ・ ス リ ー ブ ・ グ ロ ー ブ ・ 包 帯		
着 圧 指 示	mmHg		
特 記 事 項			

本患者は、上記疾患のため、患肢を常時圧迫する必要があり、弾性着衣等の装着を指示しました。

平 成 年 月 日

医 療 機 関 名

所 在 地

電 話 番 号

医 師 名

⑩

※ 記載上の注意

- 1 各欄に記載又は当該項目に○を付すこと。
- 2 「手術年月日」欄について、他院で術を行った等の理由により詳細な日付は判らない場合は、「何年何月頃」との記載でも良い。
- 3 「患肢」及び「弾性着衣等の種類」が複数ある場合は、その内訳を「特記事項」欄に記載すること。
- 4 「弾性着衣等の種類」が包帯の場合は、包帯の装着を指示する理由を「特記事項」欄に記載すること。
- 5 「着圧指示」が30mmHg未満の場合は、装着が必要な理由を「特記事項」欄に記載すること。