

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 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 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 花子		受診者の 生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	5 4 年 7 月 2 5 日生	
	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	<input type="checkbox"/> 不明 午前・午後 時 頃	
	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 時 の 状 況	<input checked="" type="checkbox"/> 業務上または通勤途上 での傷病では請求不可	0 年 2 月 1 2 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。 ただし給付金の受領を下記事業主に委任します。		<p>◆ 資格喪失後の請求は、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、 ※ 被保険者死亡の被保険者との続柄が配偶者、同居の親族、養子、養親、養父母、養兄弟姉妹、養孫、養兄弟姉妹の配偶者、養孫の配偶者、養親の配偶者、養父母の配偶者、養兄弟姉妹の配偶者、養孫の配偶者、養兄弟姉妹の配偶者の場合、外食や仕出し弁当で食中毒に遭ったなど (死亡時に相続人が健保の被扶養者であった場合は不要)</p>				
平成 3 0 年 2 月 2 0 日 (〒 ○ ○ ○ ○ - ○ ○ ○ ○) 住 所 ○ ○ 県 ○ ○ 市 ○ ○ 町 ○ ○ - ○ ○	被保険者氏名 (請求者氏名) 健保 太郎 (健保印)	資格喪失(予定)者記入欄 (フリガナ) (フリガナ) (金融機関コード) (店番コード) <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 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 3 0 年 2 月 2 5 日	事業所所在地	○○県○○市○○町○番○号			
	受任者	事業所名称	パナソニック○○株式会社			
会社立替のときは「1」を記入→	事業主氏名	大阪 一郎 (事業主印)				

SEQ	本人・家族 本・家	支給期間			入外区分 入・外	元金額		支給決定金額	
		年	月	日		千	円	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
10 ・ 1234567	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