

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

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	〇〇 〇〇	電 話	〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇
------------	--------	-------	--------	--------------

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 花子		受診者の 生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	5 4 年 1 2 月 2 5 日 生
	傷病名	腰椎骨折		発病または負傷 の年月日、時間	平成 2 6 年 8 月 1 2 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【登山の最中、階段から足を滑らせて転倒し、尻餅をついた】				
	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 2 6 年 8 月 2 0 日	<input type="checkbox"/> 入院 <input checked="" type="checkbox"/> 外来	治療用装具 等の金額	23,535 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。	平成 2 6 年 1 0 月 1 日	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(死亡時) <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 必要。		

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 2 6 年 1 0 月 1 日	事業所所在地	〇〇県〇〇市〇〇町〇番〇号			
	受任者	事業所名称	パナソニック〇〇株式会社			
会社立替のとき は「1」を記入→	事業主氏名	健保 一郎 事業主 の印				

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						
装具名						

添付書類(要原本)

①装具 ・医師の意見書等(*) ・装具装着証明書(*) ・領収書 ・領収書の内訳がわかる書類	②治療用眼鏡 ・弱視等治療用眼鏡等作成指示書(*) ・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 ・弾性着衣等装着指示書(*) ・領収書 ・領収書の内訳がわかる書類 (金額、購入枚数等)
--	--	---

* 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)

※ 給付金は健保受付日の翌月の給与日に支給し、支給月の「給付金支給決定と医療費のお知らせ」(再発行不可)に決定内容を記載