

常務理事	検 印	担 当

記入例

決 定 年 月 日

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書(立替払い)

12

被保険者(申請者)記入用

記入日 令和 6 年 7 月 10 日

被 保 険 者 （ 申 請 者 ） 情 報	被保険者等 記号・番号 (右づめ)	記号 1 0	番号 1 2 3 4 5 6 7	生年月日 ☐ 昭和 ☐ 平成 5 2 0 9 1 0	
	氏 名	(フリガナ) ケン ポ タ ロウ 健 保 太 郎			電 話 番 号(日中の連絡先) ☎ 0 1 2 (3 4 5) 6 7 8 9
	住 所	〒○○○ - ○○○○ △ △ 県 △ △ 市 △ △ 町 △ △ 番 △ △ 号 △ △			
	☒ 給付金の受領を事業主へ委任します。また、パナソニック健康保険組合が医療機関等に対して、内容照会を行うこと又は当該医療機関等が内容照会の回答をすることに同意します。(☐ に✓を入れてください)				

チェックシート (注) 申請前に必ずチェックを行ってください。また、支給申請書は人事手続窓口にご提出ください。

被 保 険 者 確 認 欄	健康保険の資格が確認できず全額負担した ☒ 病院受診の場合 ➡ 「診療報酬明細書」 ☒ 薬局で処方の場合 ➡ 「調剤報酬明細書」 ☒ 病院や薬局に支払った領収書(原本) ※ 提出された領収書はご返却できません	前加入健保の喪失後に前健康保険情報で受診をした ☐ 前加入健保からの返還請求時の請求内容のわかるもの (受診者名・診療年月・病院名・薬局名等記載されたもの) ☐ 前加入健保へ支払った領収書 ☐ 前加入健保で交付の「診療報酬明細書」、「調剤報酬明細書」
	事業主確認欄 事業所記入欄 被保険者は記入しないでください	

事 業 主 証 明 欄	ご申請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、 事業所記入欄 被保険者は記入しないでください	本件問合せ連絡先 健保受付印

健 保 記 入 欄	SEQ	本人・家族	診療年月	日 数	入院・外来	元金額	支給決定金額
	健保記入欄 被保険者は記入しないでください						

健康保険

被保険者
家族

療養費

支給申請書(立替払い)

1

2

被保険者(申請者)記入用

☒

 今回の申請は、工作中、通勤中、相手のいる事故等に該当しません。※該当の場合、必ず健保へご連絡ください

申請内容

1.受診者

1

1. 被保険者
2. 被扶養者

氏名

健保 太郎

生年月日

1

1. 昭和
2. 平成
3. 令和

5

2

0

9

1

0

2.受診者は、市町村から医療療養費助成を受けていますか

2

1. はい 2. いいえ

「はい」の方は、具体的に記入してください

☐ 障がい: 障がい者等級()級、障がい名称()
対象期間: 平・令 年 月 日 ~ 【自己負担 あり・なし】

☐ ひとり親 ☐ 乳幼児【毎年更新 あり・なし】 ☐ その他()
平・令 年 月 日 ~ 平・令 年 月 日まで対象

3.診療の給付を受けられなかった理由

1

1. 医療機関等で健康保険の資格が確認できず、全額支払った
2. 健康保険等の手続き中により全額支払った
3. 前健保を喪失後、受診した医療費返還分を、療養費として申請するため
4. その他()

4.パナソニック健康保険組合の加入認定年月日

1

1. 加入中

2

1. 昭和
2. 平成
3. 令和

3

1

0

3

1

3

2. 加入していた

1. 昭和
2. 平成
3. 令和

年

月

日

2. 平成
3. 令和

年

月

日

5.診療を受けた期間

令和

0

6

0

4

2

1

から

令和

0

6

0

4

2

7

まで

日数

7

上記の期間に入院していた場合は、その期間

令和

年

月

日

から

令和

年

月

日

まで

日数

日

6.支払った金額

3

0

5

4

2

円

給付金は事業所へ振込をし、事業所より被保険者本人の口座へ振込となります。

ただし、現在すでに退職されている場合は被保険者本人口座への振込となりますが、最終の給与にて相殺する場合がありますので、本人と人事担当者にて確認のうえ記入してください。

① 振込先の確認

現在の状況について、お尋ねします。

☒

 1. 在職中

☐

 2. 現在、任意継続被保険者、特例退職被保険者としてパナソニック健保に加入中

☐

 3. 令和 年 月 日退職「3」に該当する方のみ、
② をご記入ください

② 資格喪失者の口座

コード番号

(金融機関コード)

(店番コード)

金融機関名称

☐ 銀行 ☐ 金庫
☐ 信組
☐ その他()

☐ 本店 ☐ 支店
☐ 出張所

預金種別

普通

口座番号

(右づめ)

口座名義人

▼カタカナ(姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点、半濁点は1文字としてご記入ください。)◆被保険者名義の口座に限る

公金受取口座

※口座の確認ができない場合、別途申請書の提出に伴い、給付の遅延が発生します。
利用の場合は下記に☑。(上記の欄に記入がある場合は、上記口座に振込いたします)
☐ マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。

⑤ 被保険者死亡のため相続人が申請者となる場合は、被保険者との続柄が確認できる書類(戸籍謄本、住民票等)が必要です。ただし、死亡時に相続人がパナソニック健康保険組合の被扶養者であった場合は不要です。