

被保険者氏名

※ご請求は1か月につき1枚作成ください
(複数月分請求の場合、複数枚必要です)

申請内容	1 診療月	令和	<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	月	[左記の診療月について、受診者ごと(医療機関、薬局、入院・通院 別等)にご記入ください。]
	2 受診者	1. 被保険者 2. 家族(被扶養者)		1. 被保険者 2. 家族(被扶養者)		1. 被保険者 2. 家族(被扶養者)	
	氏名	<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
	生年月日	□昭和 □平成 □令和		□昭和 □平成 □令和		□昭和 □平成 □令和	
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	年 月 日	年 月 日		年 月 日		年 月 日	
療養の内容などについて	3 療養を受けた医療機関・薬局の	名称		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
	所在地	<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
療養の内容などについて	4 傷病発生の原因 労災・通災・第三者行為による ものですか	1. はい 2. いいえ		1. はい 2. いいえ		1. はい 2. いいえ	
	療養を受けた期間	<input type="text"/>	日	から	<input type="text"/>	日	まで
	入院通院の別	1. 入院 2. 通院・その他		1. 入院 2. 通院・その他		1. 入院 2. 通院・その他	
医療機関等で支払った金額などについて	5 支払った額のうち、保険診療分の金額(自己負担額)	<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
	円	円		円		円	
	自己負担額が不明の場合は支払った総額	<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
	円	円		円		円	
医療機関等で支払った金額などについて	6 自治体等の医療費助成を受けていますか	1. はい 2. いいえ		1. はい 2. いいえ		1. はい 2. いいえ	
	はいの場合	助成を受けた制度の名称		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
	自己負担分の助成の内容	1. 全額助成 2. 一部自己負担あり		1. 全額助成 2. 一部自己負担あり		1. 全額助成 2. 一部自己負担あり	

必要な添付資料

事業所の人事担当窓口にご送付ください。

- 本申請にかかる全ての領収書のコピーを添付してください。
※領収書は返却できませんのでご注意ください。
 - 被保険者死亡による申請の場合は、被保険者との続柄が確認できる書類(住民票、戸籍謄本等)を、添付してください。 ※被保険者死亡時に、相続人である申請者がパナソニック健保の被扶養者であった場合は省略可。
- 【給付金の振込については、受診月の3カ月以降となります。医療機関等からの申請によってはさらに遅れる場合がありますので、ご了承願います。】