

常務理事	検 印	担 当

F

決定年月日

健康保険

高額療養費  
付加給付金

支給申請書

1

2

退職者(申請者)記入用

記入日 年 月 日

被保険者(申請者)情報	記号	番号	生年月日	年	月	日
	被保険者証の (右づめ)		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和			
	氏名 (フリガナ)					
	住所 (〒 - )					
電話番号 (日中の連絡先)	TEL ( )					

申請事由	1.被保険者死亡による資格喪失後の場合 (死亡日: 年 月 日)
	2.国や自治体の医療助成を受けているため (公費の種類 )
	3.退職後の請求※ (退職日: 年 月 日) ※退職後引続き特例退職被保険者・任意継続被保険者制度に加入した場合は請求不要
	4.その他 ( )

◆振込先指定口座欄について

申請事由 1.被保険者死亡の場合は、相続人の口座を記入  
申請事由 2. 3.は、被保険者本人の口座に限る  
※ 任継・特退被保険者本人が請求される場合は記入不要

申請者(受取代理人)情報	金融機関コード (金融機関コード)	(店番コード)
	金融機関名称 <input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 金庫 <input type="checkbox"/> 信組 <input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 出張所
	預金種別 普通	口座番号 <input type="text"/> ※右づめでご記入ください。
	口座名義 ▼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(ˆ)は1字としてご記入ください。)	被保険者死亡の場合は申請者である 相続人の口座をご記入ください
公金受取口座	上記口座でなく、マイナポータル等で事前登録した公金受け取り口座を利用希望の場合は右記に☑⇒☐ (※申請者がパナソニック健康保険組合でマイナンバー登録されている場合に限りです。)	

「申請者記入用」は2ページに続きます。>>>

受付日付印

健保記入欄	診療年月	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月				
	SEQ	支給決定額	給付種別					
		円	04)高	05)合算高	13)一部負担	14)合算高付加	20)家族高	28)家族高付加
	円	04)高	05)合算高	13)一部負担	14)合算高付加	20)家族高	28)家族高付加	

