

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 令和〇〇年〇〇月〇〇日

被保険者(申請者)情報	記号	9 2	番号	0 1 2 3 4 5 6	生年月日	年	月	日			
	被保険者証の(右づめ)				<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	2	8	1	1	2	7
	氏名	(フリガナ)	ケンボウ タロウ								
	住所	(〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇)			〇〇 県		〇〇市〇〇町〇番〇号				
電話番号(日中の連絡先)	TEL 〇〇 (〇〇〇) 〇〇〇〇										

申請事由	2	1.被保険者死亡による資格喪失後の場合 (死亡日: 平・令 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 福祉医療)
		3.退職後の請求※ (退職日: 平・令 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 <input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 金庫	<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店
	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。)

① 退職後国保加入や他健保の被扶養者となっている方や、被保険者が死亡され、相続人が請求される場合に記載

② 任継・特退被保険者の方は、資格喪失を理由とした請求の場合は記載不要(死亡の場合は除く)

「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

被保険者氏名

健保 太郎

※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	<input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和 4 年 11 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1. 被保険者 <input type="checkbox"/> 2. 家族(被扶養者)	<input type="checkbox"/> 1. 被保険者 <input type="checkbox"/> 2. 家族(被扶養者)	<input type="checkbox"/> 1. 被保険者 <input type="checkbox"/> 2. 家族(被扶養者)	
		氏名 健保 松子	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和
	生年月日	3 1 0 1 0 5	年 月 日	年 月 日	
	3 療養を受けた 医療機関・薬局の	名称 大阪病院			
		所在地 大阪市北区本町1-1			
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	<input checked="" type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ		
	療養を受けた期間	<input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和 0 4 1 1 0 1 から 3 0 日まで	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 から 日 日まで	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 から 日 日まで	
入院通院の別	<input checked="" type="checkbox"/> 1. 入院 <input type="checkbox"/> 2. 通院・その他	<input type="checkbox"/> 1. 入院 <input type="checkbox"/> 2. 通院・その他	<input type="checkbox"/> 1. 入院 <input type="checkbox"/> 2. 通院・その他		
5 支払った額のうち、保険 診療分の金額(自己負担額)	125,600 円				
	自己負担額が不明の場合は 支払った総額	円			
6 自治体等の医療費助成を 受けていますか	<input checked="" type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ		
	助成を受けた 制度の名称 福祉医療	<input checked="" type="checkbox"/> 1. 全額助成 <input type="checkbox"/> 2. 一部自己負担あり	<input type="checkbox"/> 1. 全額助成 <input type="checkbox"/> 2. 一部自己負担あり	<input type="checkbox"/> 1. 全額助成 <input type="checkbox"/> 2. 一部自己負担あり	

1の診療月以前1年間に、高額療養費に該当する月が3か月以上ある場合、直近3か月分の診療月をご記入ください。

7 診療月

平成
令和 4 年 10 月平成
令和 年 月平成
令和 年 月

必要な添付資料

 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。

必ず添付ください

 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、ご了承ください。】