

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書(立替払い)の手引き 家族

医療費を自費負担した場合、パナソニック健保が「やむを得ない」と認めた分について療養費を支給することができます。また、「健康保険の治療の範囲の中で査定された金額から、自己負担分を差し引いた額」を療養費として支給します。

申請書は2枚です。漏れなく正確にご記入ください

- 支給申請書は、家族（被扶養者）の療養費支給申請であっても、被保険者ご自身でご記入ください。
- 被保険者が亡くなられている場合は、相続人の方が申請者としてご記入ください。

添付書類をご用意ください

- 「領収書（領収明細書）」の原本
診療に要した費用を証明した領収書（領収明細書）の原本
- 「診療報酬明細書（傷病名の記載のあるもの）」
調剤薬局の場合は、「調剤報酬明細書」になります
- ④ 他健保の保険証を使用した場合、返金時に“開封厳禁”と記された封筒「診療報酬明細書の写し」を渡されます。決して開封せず療養費申請書に添付してください。
- 他健保から返還請求を受けたときの書類(請求書等) ※他健保の保険証使用の場合のみ
受診者名・診療年月・病院名、薬局名等記載されたもの

ご提出された書類はいかなる場合でもご返却はできません。
必要と思われる場合は、ご提出前にあらかじめコピーをお取りになってください。

❖ 「診療明細書」と「診療報酬明細書」の違い

大きな違いは明細書としての役割です。それぞれの役割は次のとおりです。

「診療明細書」…… 患者が診療費領収書と一緒に受け取るもの

「診療報酬明細書」…… 医療機関が国民健康保険団体連合会 または 社会保険診療報酬支払基金へ提出するもの

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書(立替払い)

退職者(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	<input type="checkbox"/> 1. 被保険者 氏名 <input type="checkbox"/> 2. 被扶養者 名	生年月日 <input type="checkbox"/> 1. 昭和 <input type="checkbox"/> 2. 平成 <input type="checkbox"/> 3. 令和	年 月 日
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	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ		
「はい」の方は、具体的に記入してください	<input type="checkbox"/> 障がい: 障がい者等級()級、障がい名称() 対象期間: <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 ~【自己負担 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし】 <input type="checkbox"/> ひとり親 <input type="checkbox"/> 乳幼児【毎年更新 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし】 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 ~ <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日まで対象		
3. 診療の給付を受けられなかった理由	<input type="checkbox"/> 1. 保険証の不携帯により全額支払った <input type="checkbox"/> 2. 保険証の手続き中により全額支払った <input type="checkbox"/> 3. 前加入健保の保険証を使用し受診したため、返還請求があり支払った <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1. 加入中 <input type="checkbox"/> 2. 加入していた	<input type="checkbox"/> 1. 昭和 <input type="checkbox"/> 2. 平成 <input type="checkbox"/> 3. 令和	年 月 日 ~ <input type="checkbox"/> 1. 昭和 <input type="checkbox"/> 2. 平成 <input type="checkbox"/> 3. 令和
5. 診療を受けた期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで	日数 日	
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	円		

給付金は任意継続被保険者、特例退職被保険者へ加入時に記入いただいた被保険者本人の口座へ振込となります。ただし、被保険者死亡のため相続人が申請者となる場合は、下記の振込先を記入ください。

現在の状況について、お尋ねします。 <input type="checkbox"/> 1. 在職中 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 3. 令和 年 月 日脱退 「3」に該当する方のみ、 <input checked="" type="checkbox"/> ② をご記入ください	② 資格喪失の場合の振込口座	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	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 <input checked="" type="checkbox"/> ⇒ <input type="checkbox"/>		

※ 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(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。