

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 (治療用装具)

1 2 3  
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	被保険者証の (右づめ)	記号 9 2	番号 1 2 3 4 5 6 7	生年月日 昭和 平成 令和 3 2 0 9 1 0
	氏名	(フリガナ) ケン ポ タ ロウ 健 保 太 郎		
	住所	〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 △△ 県 △△市 △△町		
	電話番号 (日中の連絡先)	☎ 012 ( 345 ) 6789 △△番 △△号 △△		
	<input checked="" type="checkbox"/> 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。

- 医師の「意見書および装具装着証明書」の原本の添付漏れはありませんか？
- 購入された装具の写真(4枚)の添付漏れはありませんか？(治療用眼鏡・義眼・弾性着衣は添付不要です)
- 「領収書および領収明細書」の原本の添付漏れはありませんか？ ※ ご提出された領収書等のご返却できません
  - 治療用眼鏡の「領収書」は、お子様の氏名 および 眼鏡の用途が明記されていますか？
  - 健保から給付を受けた後、市区町村へ医療費助成の申請をされる場合は「領収書」のコピーが必要です。必ず、ご自身でコピーをとってからご申請ください。弊健保組合ではコピー対応は行っておりません。
- 申請書は3枚です。揃っていますか？
- 今回の申請は工作中、通勤途中、相手のいる事故等ではないですか？  
該当する場合は、必ずパナソニック健保へご連絡ください。
- 2枚目の給付金振込口座を確認済ですか？(任意継続被保険者あるいは特例退職被保険者の方は記入不要)

健保受付印

SEQ	本人・家族	作成指示日	入院・外来	元金額	支給決定金額
健保記入欄					円

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書(治療用装具)

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

1. 受診者 被保険者 氏名 健保太郎 昭和 平成 令和 320910

2. 傷病名 腰椎骨折 3. 発病または負傷年月日 平成 令和 041010

4. 受診者は市町村から医療費助成を受けていますか 5. 装具の購入金額 38830円

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】

6. 発病の原因および経過 (詳しく) 1. 病気 2. ケガ 3. 不明 4. その他 自宅で1階に降りようとしたとき、階段を踏み外して転んだ

7. 装具作成の目的 1. 痛み・症状の緩和 2. 患部の 3. 再発防止・予防 4. その他 治療中の場合は、記入不要

8. 装具作成時の状況 1. ギブス・石膏・足型版等で型を取った 2. S・M・Lのサイズを決めるためメジャーで測定 3. S・M・Lのサイズを決めるため口頭で確認

9. 診療を受けた期間 令和 041010 から 令和 041020 まで 11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

10. 装具等の装着について指示を受けた日 令和 041012 11. 装具装着日 令和 041018

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。

① 振込先の確認 現在の状況について、お尋ねします。 ② 資格喪失の場合の振込口座 任意継続、特例退職へ加入中の方は記入不要

※ 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。

【治療用装具等 写真貼付台紙】

ご購入された装具の写真の貼付けをお願いいたします(装具が複数ある場合は、装具ごとに1枚使用をお願いいたします)。装具の仕様が確認できない場合は、再提出をお願いする場合があります。

被保険者  
記号 番号

受診者氏名

作成した装具名

9

2

1

2

3

4

5

6

7

健 保 太 郎

腰 椎 装 具

① 正 面

治療用装具の写真の貼り付けをお願いいたします  
(プリンターから出力された紙様式でも構いません)  
(枠に納まらなくても構いません)

② 側 面

治療用装具の写真の貼り付けをお願いいたします  
(プリンターから出力された紙様式でも構いません)  
(枠に納まらなくても構いません)

③ 靴、靴底(インソール)などは底面

治療用装具の写真の貼り付けをお願いいたします  
(プリンターから出力された紙様式でも構いません)  
(枠に納まらなくても構いません)

④ ロゴ・サイズ・品番・メーカー表記等(ある場合のみ)

治療用装具の写真の貼り付けをお願いいたします  
(プリンターから出力された紙様式でも構いません)  
(枠に納まらなくても構いません)