

常務理事	検印	担当



決定年月日

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

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。

保険証を提示せずに受診をした場合

- 病院受診の場合 → 「診療報酬明細書」
- 薬局で処方の場合 → 「調剤報酬明細書」
- 病院や薬局に支払った領収書(原本)

前加入健保の保険証で受診をした場合

- 前加入健保からの返還請求時の請求内容のわかるもの
(受診者名・診療年月・病院名、薬局名等記載されたもの)
- 前加入健保へ支払った領収書(原本)
- 前加入健保から発行された「診療報酬明細書」、「調剤報酬明細書」

※ 提出された領収書(原本)はご返却できません

- 今回の申請が、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です。

健保受付印

--

SEQ	本人・家族	診療年月	日数	入院・外来	元金額	支給決定金額
健保記入欄						

「申請者記入用」は2ページに続きます。 >>>

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

1.受診者

1.被保険者 氏名 健保 太郎

2.被扶養者

健保 太郎

生年月日

1.昭和 2.平成 3.令和

320910

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

1.はい 2.いいえ

「はい」の方は、具体的に記入してください

障がい:障がい者等級()級、障がい名称()

対象期間:平成 令和 年 月 日 ~【自己負担 あり なし】

ひとり親 乳幼児【毎年更新 あり なし】 その他()

平成 令和 年 月 日 ~ 平成 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

1.保険証の不携帯により全額支払った 2.保険証の手続き中により全額支払った 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 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

1.加入中 2.加入していた

1.昭和 2.平成 3.令和

100522

年 月 日

2.平成 3.令和 年 月 日

5.診療を受けた期間

令和 041021 から 令和 041024 まで 日数 4 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

30540 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。

振込先の確認 ① 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。