

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 (はり・きゅう) 家族

1 2 3 被保険者(申請者)記入用

記入日 令和 6 年 5 月 10 日

被 保 険 者 （ 申 請 者 ） 情 報	被保険者等 記号・番号 (右づめ)	記号 1 0	番号 1 2 3 4 5 6 7	生年月日 ■ 昭和 □ 平成	5 2 0 9 1 0
	氏名	(フリガナ) ケン ポ タ ロウ 健保太郎	電話番号(日中の連絡先) ☎ 012 (345) 6789		
	住所	〒 〇〇〇 〇〇〇〇 △△県 △△市 △△町 △△番 △△号			

給付金の受領を事業主へ委任します。また、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。また、支給申請書は人事手続き窓口にご提出ください。

被
保
険
者
確
認
欄

- 受療した日にちが確認でき、受診者の氏名が明記されている領収書の原本を貼付していますか？
- 慢性的な疼痛でその痛みについて保険医の治療を受けたが、医師がこれ以上の治療手段がないと判断された同意書ですか？※本人の希望により書いてもらった同意書は対象になりません
- 施術者(はり師・きゅう師)記入欄に記入漏れはありませんか？

再同意の場合は、「施術報告書(コピー)」の提出も必要となります。

事
業
主
確
認
欄

事業所記入欄

被保険者は記入しないでください

事
業
主
証
明
欄

ご申請内容が正しいことを証明します。委任を受けた給付金の受領は、貴健保組合との間で定められている所定方法で受け取ります。

本件問合せ連絡先

健保受付印

事業所所在地
事業所名称
事業主(代理人)
事業所コード()

事業所記入欄

被保険者は記入しないでください

健
保
記
入
欄

SEQ	本人・家族	請求年月	施術日	元金額	支給決定金額
	本・家	年 月	日	千 円	千 円

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

被保険者記入欄

1. 受診者	1. 被保険者 氏名 健保太郎 2. 被扶養者	生年月日 1 1. 昭和 2. 平成 520910 3. 令和
2. 傷病名	神経痛	3. 発病または負傷年月日 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 301117 <input type="checkbox"/> 令和
4. 傷病の原因およびその経過(詳しく)	1. 病気 2. ケガ 3. 不明 4. その他 (原因及び経過を具体的に) 脊髄炎後の痙性があり、既存の内科治療が有効でなく発症から1年以上経過しているが全快に至っていない	

施術者(はり師・きゅう師)記入欄

傷	
初	
1	
施	
術	
料	
行	
施	
施	
上	
施	
術	
証	
明	
書	
同	
意	
記	
録	

施術者記入欄
被保険者は記入しないでください

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書(はり・きゅう)

給付金は事業所へ振込をし、事業所より被保険者本人の口座へ振込となります。ただし、現在すでに退職されている場合は被保険者本人口座への振込となりますが、最終の給与にて相殺する場合がありますので、本人と人事担当者にて確認のうえ記入してください。

① 振込先の確認 現在の状況について、お尋ねします。 <input checked="" 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 日退職 「3」に該当する方のみ、 <input checked="" type="checkbox"/> ② をご記入ください	② 資格喪失者の口座	コード番号 (金融機関コード) (店番コード)																																								
		金融機関名称 <input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 金庫 <input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 信組 <input type="checkbox"/> 出張所 <input type="checkbox"/> その他 ()																																								
		預金種別 普通 口座番号 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table> (右づめ)																																								
口座名義人 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table>																																										
公金受取口座		※口座の確認ができない場合、別途申請書の提出に伴い、給付の遅延が発生します。利用の場合は下記に☑。(上記の欄に記入がある場合は、上記口座に振込いたします) <input type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。																																								
㊤ 被保険者死亡のため相続人が申請者となる場合は、被保険者との続柄が確認できる書類(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。																																										

【領収書貼付】

施術を受けた領収書を、内容がわかるように重ねずに貼り付けてください。1枚で足りない場合は、数枚に分けて貼付けてください(はずれないようにしっかり貼付けてください)