

支給決定伺

支給決定額
円

健康保険組合				事業主(本社総務)		
常務理事	事務長	主任	担当			

資格取得(認定)日	令和 年 月 日
資格喪失(消滅)日	令和 年 月 日
支払年月日	令和 年 月 日

健康保険 被保険者 院外処方にかかる調剤給付との合算
 被扶養者 高額療養費・付加金支給請求書
 世帯合算

※申請前に以下の注意事項を必ずお読みください

- ・この請求書は、医療機関ごと・診療月ごとに作成してください。
- ・処方せんを交付した医療機関と、その処方せんをもとに薬を出した調剤薬局での自己負担分を合計して、26,000円を超過する場合のみ申請ください。ただし、国や自治体より医療費助成を受けている方は、支給されない場合がありますのでご承知おきください。

*太枠線内を記入してください

被 保 者 の 記 入 す こ ろ	提出日	令和 年 月 日	本人家族区分	<input type="checkbox"/> 被保険者	<input type="checkbox"/> 被扶養者	
	被保険者等記号・番号			被氏保 保險者名	フリガナ	(名)
	記号	番号			(氏)	
	事業所名称		所属・電話番号		生年月日	
			(電話番号)		昭和・平成・令和 年 月 日	
	請求が被扶養者に関するときはその者の氏名		被扶養者生年月日 年 月 日		昭和・平成・令和 年 月 日 (診療日時点⇒) 歳	
	被保険者の続柄		診療年月		令和 年 月	
	医療費助成を受けていますか?		<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい [<input type="checkbox"/> 乳幼児 <input type="checkbox"/> 障害 <input type="checkbox"/> ひとり親 <input type="checkbox"/> その他 ()]			
	① 処方せんを交付した医療機関					
	医療機関等名称 電話番号		(電話番号)		自己負担額 (月単位)	円
② 上記①の医療機関の処方せんをもとに薬を出した調剤薬局						
医療機関等名称 電話番号		(電話番号)		自己負担額 (月単位)	円	
③ 上記①の医療機関の処方せんをもとに薬を出した調剤薬局						
医療機関等名称 電話番号		(電話番号)		自己負担額 (月単位)	円	
委 任 状	表記の請求金額の受領を経理部長に委任します。 <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> 令和 年 月 日 被保険者の氏名 氏名を自署されても捺印は必要です。 </div> <div style="text-align: right; margin-top: 10px;"> </div>					