

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 世帯合算 高額療養費・付加金支給請求書

※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 と こ ろ 委 任 状	提出日	令和 年 月 日	本人家族区分	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input checked="" type="checkbox"/> 被扶養者	
	② 被保険者等記号・番号	記号 208 番号 123456		被氏保 険者名	
	記号	208	番号	123456	フリガナ (氏)
	事業所名称		所属・電話番号	生年月日	被扶養者 生年月日 年 月 日 年齢
	ロジスティード(株)		本社 人事サービスセンター (電話番号) 03-6263-2813	昭和 平成 令和 57年 9月 6日	物流 太郎
	請求が被扶養者 に関するときは その者の氏名	物流 花子		昭和 平成 令和 2年 7月 31日 (受診日時点⇒) ③ 34歳	
	被保険者 との続柄	④ 妻		診療年月	令和 ⑤ 6年 8月
	医療費助成を 受けていますか?	<input checked="" type="checkbox"/> はい <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	△△病院 ⑦ (電話番号) 03-0000-0000	自己負担額 (月単位)	18,000 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	■■調剤薬局 (電話番号) 03-0000-0000	自己負担額 (月単位)	12,000 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		
表記の請求金額の受領を経理部長に委任します。 令和 年 月 日					
令和 6年 11月 10日 ⑨ 氏名を自署されても捺印は必要です。					
被保険者の氏名 物流 太郎 (印)					

《 記入要領及び記入上の注意事項 》

はじめに、申請書上部の「※申請前に以下の注意事項を必ずお読みください」を確認してください。

- ① 『被保険者』又は『被扶養者』の該当する方に○を付けてください。
- ② 記号・番号は「資格情報のお知らせ」「資格確認書」「マイナポータル」「旧保険証」等をよく確認の上、記入してください。
- ③ 請求が被扶養者に関する場合は、診療日時点の年齢を記入してください。
- ④ 被保険者からみた続柄を記入してください。
- ⑤ 申請する診療月を記入してください。
- ⑥ 国や自治体より医療費助成を受けている方は、「はい」へ✓し、各種別にも✓をしてください。
- ⑦ 受診した医療機関の情報を記入してください。
- ⑧ 各医療機関でかかった自己負担額を記入してください。
- ⑨ 給付金を給与に合算して支給される事業所の方は、委任状欄の記入・押印をお願いします。

(任意継続の方は不要)

※被保険者氏名を自署されても本人印は必要ですので、注意してください。

* 記入内容を訂正する場合には、必ず訂正個所に捺印を押してください。

《 事業所健保担当者の方へのお願い 》

健保組合へ提出される前に…

- ・ 本人記入欄(太枠線内)に記入もれや、誤りがないか

以上をご確認頂いた上で、事業所担当者印を押印願います。