

健康保険 被保険者 家 族 調剤合算(医科・歯科)支給申請書

※記入もれがある場合は、書類を一旦お返しすることがあります。太枠内は楷書で丁寧にご記入ください。

※記入内容を訂正される場合は、下記①欄に押された印鑑(★)を訂正印として必ず押してください

① 被保険者の	記号	番号	氏名・印			生年月日		
			(★)			<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日		
② 被保険者の 現住所	〒					日中連絡の取れる電話番号		
						()		
③ 個人番号 (マイナンバー) (*上記①欄/記号番号 記入の場合は、不要です)						④ 事業所名称		
⑤ 療養が被扶養者 に関するときは、 その方の	氏名				生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成		続柄
		年 月 日				年 月 日		
⑥ 診療月	平成 年 月分			⑦ 診療の期間	平成 年 月中 日間			
⑧ 外来で診療を 受けた医療機関	名称				所在地			支払額 円
	名称				所在地			支払額 円

《注意事項》

- 1 入院分は合算できません。(合算高額療養費に該当する場合を除く)
- 2 医療機関ごと診療月ごと個人ごとに申請書1枚必要です。
ただし、自己負担額が21,000円以上の場合には合算対象となります。
- 3 診療月から3ヶ月経過後に申請してください。(医療費が確定しないため)

振込先金融機関の欄 *被保険者以外の口座を指定する場合は、下記「受取代理人の欄」に必ずご記入・押印してください。
(被保険者印(★)代理人印(☆)は、別々の印鑑で押印し、ご提出ください。)

銀行・店名	(店番号)		本請求にもとづく給付金に関する受領を 下記の代理人に委任します。			
	銀行・金庫					本店
預金種別	普通・当座		受 取 代 理 人 の 欄	被保険者(請求者)		
口座番号 (左づめでご記入ください)				(住所) <input type="checkbox"/> 上記②と同じ (氏名) (★)		
(カタカナでご記入ください)				被保険者と代理人との関係 配偶者・親子・その他()		
				代理人(口座の名義人) (住所) <input type="checkbox"/> 上記②と同じ (氏名) (☆)		