


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	
	3000	10	不動産 太郎 		<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 45年 5月 1日	
② 被保険者の 現住所	〒150-0011 渋谷区〇〇			日中連絡の取れる電話番号		
				000(000)0000		
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	〇〇〇(株)		
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 年 月 日	続柄
⑥ 診療月	平成 28年 4月分		⑦ 診療の期間	平成 28年 4月中 3日間		
⑧ 外来で診療を 受けた医療機関	名称	〇〇大学病院		所在地	渋谷区〇〇	
	名称	××薬局		所在地	渋谷区××	
				支払額	35,000 円	
				支払額	15,800 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	ゆうちょ		(店番号)	777		受取代理人の欄	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		(店名)	七七七 本店			被保険者(請求者) (住所) <input type="checkbox"/> 上記②と同じ		
預金種別	普通		当座		支店	(氏名)	(★)		
口座番号 (左づめでご記入ください)	1	2	3	4	5	6	7	被保険者と代理人との関係	配偶者・親子・その他()
口座の名義人	(カタカナでご記入ください)						代理人(口座の名義人) (住所) <input type="checkbox"/> 上記②と同じ		
	フドウサン タロウ						(氏名)		