

健康保険 被保険者 家族 調剤合算(医科・歯科)支給申請書

この申請書について、下記A及びBの要件を確認して✓を入れてください。	
<input type="checkbox"/>	A. 申請者本人(被保険者)が作成したものである。
<input type="checkbox"/>	B. 記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。

① 被保険者の	記号	番号	氏名	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
				TEL ()
③ 個人番号 (マイナンバー)	※①欄/記号番号記入の場合は、不要です			④ 提出委任
				<input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ依頼します。 (事業主経由(依頼)する場合は✓)
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 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	
			続柄	
⑥ 診療月	令和 年 月分		⑦ 診療の期間	令和 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
⑨ 振込先指定口座	<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。(利用する場合は☑。利用しない場合下記の欄を記入。) ※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(右側)」を必ずご記入ください。			
	銀行・店名	(店番号)	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。	
		(店名) 本店 支店		
	預金種別	銀行・金庫 普通・当座		
	口座番号			
口座名義	(カタカナでご記入ください)			
		被保険者(請求者)	(住所)	
		(氏名)		
		被保険者と代理人との関係	配偶者・親子・その他()	
		代理人(口座名義人)	(住所)	
		(氏名)		

[注意事項]

- ※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。
- ※記入内容を訂正される場合は、訂正箇所に被保険者のサイン(氏名)をご記入ください。
- ※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)
ただし、自己負担額が21,000円以上の場合は合算対象となります。
- ※個人・医療機関・診療月別にそれぞれ申請書が1枚必要となります。
- ※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)