

りそな健康保険組合 御中

- 本人(被保険者)
 家族(被扶養者)

療養費支給申請書(調剤)

【添付書類】 領収書(原本)、調剤報酬明細書(調剤薬局発行)(原本)

被保険者証 記号 番号	(フリガナ)		印
	被保険者名 (申請者名)		
事業所の名称	銀行(又は会社名) (〒) 支店(部) 内線		
療養を受けた方	氏名 (年 月 日生)	被 保 険 者 の 続 柄	「子」の場合は長男、次男等を記入
傷病名			
傷病の原因と経過	交通事故、喧嘩等(第三者の行為)、または業務上による傷病ですか。(はい ・ いいえ)		
診療を受けた 医療機関 名称 所在地			担当医
調剤薬局 名称 所在地	調 剤 日	年 月 日より 年 月 日まで	日間
健康保険による療養の給付 を受けられなかった理由 (いずれかに○印)	① 保険証を不携帯であった(旅行先、緊急等) ② 資格取得途中で保険証の交付前であった ③ 以前に加入していた健保の保険証で受診した ④ その他()		
調剤に要した費用の額	円		
備考欄			

- 調剤費用の支払日から2年を経過した場合、療養費は支給できません。
- 各月毎、各調剤薬局毎に申請書が必要です。
- 被保険者証の記号番号に代えて個人番号により申請する場合は、備考欄へ記載してください。
(個人番号を記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)

【健保使用欄】

常務理事	検印	係

支給決定日		
支給期間		年 月 日より 年 月 日まで
支給決定額		円
内 訳	療養費	円
	高額療養費	円
	還元金・付加金	円