

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	4010	(フリガナ)	リソナ タロウ		り そ な
	12345	被保険者名 (申請者名)	りそな 太郎		
事業所の名称	りそな銀行		銀行(又は会社名)	(TEL 06-1234-5678)	
	大阪営業部		支店(部)	内線 1234	
療養を受けた方	氏名	りそな 太郎		被 保 険 者 の 続 柄	本人
		( 1970 年 1 月 23 日生 )			「子」の場合は長男、次男等を記入
傷病名	わかる範囲で記入してください				
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	りそな総合病院		担 当 医	埼玉 一郎
	所在地	大阪府中央区備後町2-2-1			
調剤薬局	名称	りそな薬局		調 剤 日	2018 年 12 月 10 日より 3 日間 2018 年 12 月 25 日まで
	所在地	大阪府中央区備後町2-2-2			
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( )				調剤薬局別、月別に1枚作成してください
調剤に要した費用の額	5,000 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