2025 年 12 月 30 日

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 マイナ保険証、資格確認書、資格情報のお知らせ、 調剤薬局発行)(原本)

被保険者の記号・番号	記号	4010	(フリガナ)	リソナ タロウ
	番号	12345	被保険者名(申請者名)<自署>	りそな 太郎 (自署)
事業所の名称	りそな銀行 大阪営業部		銀行(又は会社名) 支店(部)	(TEL 06-1234-5678 内線 1234)
療養を受けた方	氏名	りそな 太郎 (1970 年 1 月 23 日生)	被保険者との続柄	本人 「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	大阪市中央区備後町2丁目2番1号		
調剤薬局	名称	りそな薬局	調剤日	2024 年 11 月 10 日より 3 日間
	所在地	大阪市中央区備後町2-2-2		2024 年 11 月 25 日まで
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 マイナ保険証、資格確認書等を不携帯であった(旅行先、緊) ② 資格取得手続中であった ③ 以前に加入していた健康保険の資格で受診した 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