

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	
	12345	被保険者名 (申請者名) <自署>	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		被との続 保険者柄
		(1970年 1月 23日生)		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	2021年 7月 10日より
	所在地	大阪市中央区備後町2-2-2		3日間 2021年 7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 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	5,000 円			
備考欄	調剤薬局別、月別に1枚作成してください			

- 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