2024 年 11 月 29 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　保険証、資格確認書、資格情報のお知らせ、マイナポータルでご確認ください　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、[illegible]） 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