

【届出が必要なとき】: 特定疾病受領証に係る診療において
 院外で処方された薬を医科分と合算したいとき
 【提出先】 : 健保(茅場町) 宛

常務理事	事務長	担当

花王健康保険組合 (本人 ・ 家族) 医療費・調剤合算付加金請求書

被保険者の欄	①氏名		②氏名コード		③被保険者証の記号一番号	
	④事業場・支社		⑤所属		⑥勤務地	
	⑦電話番号	会社	()	自宅	()	
	⑧氏名	⑨続柄		⑩生年月日	昭・平	年 月 日
	⑪診療を受けた年月		平成 年 月		診療分	
⑫処方箋を発行した医療機関等の名称		自己負担額		円		
⑬調剤を受けた調剤薬局名						
調剤の自己負担額		円		円		
↓ 在職者の場合記入 (会社経由で、給与口座に振りこみます)						
該当する方に記入	⑭委任状	事業主を代理人として、健康保険組合より支給される 療養費 の受領を委任します。 被保険者 氏名 (印)				
	↓ 任意継続、資格喪失後の申請の場合に記入					
⑮振込希望銀行名	銀行	口座番号	1. 普通	フリガナ		
	支店	店番	2. 当座	名義		

【お願い】ボールペンで記入してください。(鉛筆・消せるボールペンでの記入不可)
 ご提出前に記入漏れ、捺印、添付書類の確認を再度お願いします。

【添付書類】

- * 医療機関と調剤薬局の領収書(写し)
 - ・領収書に保険点数が明記されていること。

健保記入欄	受付番号		支給日	平 年 月 日
	支給総額	円	法定	円
			付加	円
	被保険者取得日	平 年 月 日	被保険者喪失日	平 年 月 日
被扶養者取得日	平 年 月 日	被扶養者喪失日	平 年 月 日	

健保受付印

健保処理印

健保確認印