

【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	当
------	----	---

記入例

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	
	花王 太郎 印				50	123456
	④事業場・支社		⑤所属		⑥勤務地	
	花王株式会社 茅場町		総務		茅場町	
被保険者が記入する欄	⑦電話番号	会社	12 (3456) 7890	自宅	34 (5678) 9012	
	⑧氏名	花王 月子	⑨続柄	妻	⑩生年月日	昭・平 44年 4月 25日
	⑪診療を受けた年月	平成 25 年 8 月診療分				
	⑫処方箋を発行した医療機関等の名称	大阪病院		自己負担額	35,000円	
	⑬調剤を受けた調剤薬局名	大阪薬局		2カ所以上の調剤薬局から処方を受けた場合、すべて記入		
調剤の自己負担額	20,000円		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)						
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 花王 太郎 印					
任意継続、資格喪失後の申請の場合に記入						
在職者はこちらに記入	銀行	口座番号		1. 普通	フリガナ	
	支店	店番		2. 当座	名義	

該当する方に記入

サイン不可

【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