

常務理事	事務長	係長	担当者

院外処方にかかる薬剤費 支給申請書

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者証	記号		被保険者					⑩	
		番号		の氏名 印						
	被保険者の住所									
	事業所の名称				就労先 (携帯可)	- -				
	療養を受けた方	氏名			続柄		生 年 月 日	昭・平・令 年 月 日(才)		
	療養を受けた年月	令和 年 月 診療分			自治体からの 医療助成の有無		・有(乳・障・他) ・無			
	処方箋を発行した 医療機関名				保 険 支 払 額		円			
	調剤を受けた 保険調剤薬局名				保 険 支 払 額		円			
	振 込 希 望 銀 行 口 座	(フリガナ)			(フリガナ)				預金種別	
		銀行			支店				普通・貯蓄・当座	
※被保険者名義のもの										
	氏名	(フリガナ)		支店 No.		口 座 番 号				
<p>『領収証(原本)』の返却を希望する方は、以下誓約のうえ署名・捺印願います。</p> <p>『領収証(原本)』の返却を依頼します。          なお、後日 同『領収証(原本)』を <b>※他の制度</b> へ提出し、領収証に記載された額の全額が返金されたときは、大塚商会健康保険組合へ申し出ると共に調整額を返金することを誓約します。</p> <p style="text-align: right;">被保険者 氏 名 _____ ⑩</p> <p><b>※他の制度</b> …国市区町村等による医療費の補助(乳幼児医療・障害者医療 他)。 ただし、税金の医療費控除は除く。</p>										

※郵便局・農協への振込は行っていない

【 添付書類 】

『医療機関の領収証(原本)』と『その医療機関が発行した  
処方箋により調剤を受けた薬局の領収証(原本)』

— 受付日付印 —

【 記入について 】

- ・ この申請書は、受診者毎・1ヶ月(暦月)毎に記入してください。
- ・ 『高額療養費支給申請書』と一緒に申請する場合は、振込先の記入は不要です。

健 保 記 入 欄	自己負担額	医療機関	円	給付処理	
		調剤薬局	円		
		合 計	円		
不支給(理由)	1. 上の医療機関の処方による調剤でない。 2. 合算額が給付対象外である。 3. その他( )				