

医療費・調剤費合算給付金精算申請書

申請日 令和 年 月 日

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者証 記号・番号	記号		番号	
	被保険者氏名				
	対象者氏名		対象者生年月日	S・H・R	年 月 日
	診療年月日	令和 年 月診療分 (1ヵ月単位で申請してください)			
	診療を受けた 病院・診療所	医療機関 名称	自己負担額 (領収書コピー添付)		
			①		円
	当該処方箋に基づ く薬の購入先 (調剤薬局)	調剤薬局 名称	自己負担額 (領収書コピー添付)		
			②		円
	当該処方箋に基づ く薬の購入先 (調剤薬局)	調剤薬局 名称	自己負担額 (領収書コピー添付)		
			③		円
※外来(入院不可)と薬局の自己負担額合計が次の場合に申請できます。 ・26,000円以上の場合(25,000円を控除して1,000円未満端数切捨の付加給付金) ・特定疾病受療証の受診で自己負担額が10,000円(上位所得者20,000円)を超えた場合 健保からの給付金は「医療費のお知らせ」または「給付金支給決定通知書」で ご確認ください。					自己負担額合計 (①+②+③)
					円

事 業 所 記 入 欄	所属	事業所名	事業所受付印
		部 課	
	担当者名	TEL (MIND)	

健 保 記 入 欄	支払決定額	円	受給者区分	被保険者	被扶養者	負担割合	割			
	支払年月日	R 年 月 日	所得区分	ア	イ	ウ	エ	オ	Ⅱ	Ⅰ
	高額療養費	円	高額療養費	該当	非該当	世帯 合算	無	有		
	一部負担還元金	円	付加給付金	該当	非該当	多数 該当	無	有		
	家族療養付加金	円	常務理事	担当者						
	備考									

注1 申請したい月の医療機関及び当該処方箋に基づく調剤薬局に支払った領収書の写しを必ず添付してください。

注2 本紙に記載された個人情報、別途事業主及び健康保険組合より公表の利用目的の範囲内で活用されます。