

【提出が必要な時】 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】 花王健康保険組合：茅場町

常務理事	事務長	担当
------	-----	----

記入例

花王健康保険組合（本人・家族）医療費・調剤合算高額療養費支給申請書

被 保 険 者 が 記 入 す る 欄	被 保 険 者	①被保険者証 記号	1	番号	123456	②氏名コード	123456	
	③氏名	花王 太郎		④日中の連絡先	123-4567-8901			
	⑤氏名	花王 月子		⑥続柄	妻	⑦生年月日	昭平・令 54年4月25日	
	⑧診療を受けた年月	令和 4 年 3 月診療分						
	⑨処方箋を発行した 医療機関等の名称	茅場町病院			自己負担額	10,000	円	
	⑩調剤を受けた 調剤薬局名	茅場町薬局			調剤の 自己負担額	5,000	円	
	⑩調剤を受けた 調剤薬局名				調剤の		円	
	⑩調剤を受けた 調剤薬局名				調剤の		円	
	2か所以上の調剤薬局から処方を受けた場合は、 全て記入。							
	該 当 す る 方 に 記 入	支 払 金 融 機 関 の 欄	↓在職者の場合に記入（会社経由で、給与口座に振り込みます。）					
⑪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					
↓任意継続、資格喪失後の場合に記入								
⑫振込希望		銀行	口座番号		1.普通	メガナ		
		支店	店番		2.当座	名義		

【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。
※領収書に保険点数の記載がない場合は、明細書も一緒に添付してください。

【問合せ先】 花王健康保険組合：茅場町 ☎03-3660-7681

健 保 記 入 欄	受付番号			支給日	年	月	日			
	支給額	円	内 訳	法定	円					
				付加	円					
	被 保 険 者	取得日	年	月	日	被 扶 養 者	認定日	年	月	日
		喪失日	年	月	日		削除日	年	月	日

健保受付印
健保処理印
健保確認印