

院外処方にかかる薬剤費 支給申請書

- * 病院とその病院が発行した処方箋により調剤を受けた薬局での保険支払合計金額が 26,000 円以上の場合が対象となります。(支給金額が 1,000 円未満の場合は不支給、100 円未満切捨てとなりますので合計金額 26,000 円以上が対象となります。) 平成 20 年 7 月診療分以降が対象です。
- * 複数月、複数医療機関について申請する場合には、月単位、医療機関単位で申請書を記入して下さい。
- * 院外処方で調剤を受けられた場合が申請対象です。

平成 ×× 年 ×× 月 ×× 日提出

被保険者証 記号・番号	記号	012	番号	0123456
被保険者名	健保 太郎			
会社名・所属	NEC株式会社 ○○○事業部			
社内メール番号	123-456			
TEL (TELNET または外線)	8-123-1234			
申請者記入欄	療養を受けた方の氏名・生年月日	健保 太郎		
		生年月日	S	H ×× 年 ×× 月 ×× 日
	療養を受けた年月	平成 ×× 年 ×× 月診療分		
	処方箋を発行した医療機関名	○○病院		
		診療科 (内科)		
	保険支払額	15,000 円		
	調剤を受けた保険調剤薬局名	○○薬局		
保険支払額	15,000 円			

上記の通り、院外処方にかかる薬剤費の給付申請を致します。

平成 ×× 年 ×× 月 ×× 日
日本電気健康保険組合 殿

住所 東京都渋谷区桜丘町 1-2-3

被保険者

氏名 健保 太郎

健保 ㊞