

院外処方薬剤費支給申請書（特定疾病・公費・自治体助成対象者等用）』の記入にあたって

院外処方費で支払った薬剤費を、処方元の病院で支払った医療費と合算して給付金を計算し支給します。

1. 申請が必要な方及び条件

対 象 者	条 件
健康保険特定疾病療養受療証をお持ちの方 (○長)	調剤薬局で支払った医療費と処方元の病院で払った医療費を合算して特定疾病の自己負担限度額（10,000 円または 20,000 円）を超えた場合。
国や自治体などの公費の受給者証をお持ちの方	調剤薬局で支払った医療費と処方元の病院で払った医療費を合算して 26,000 円以上である場合。

・それ以外の方は、申請不要です。受診の3~4ヶ月後に自動的に給付されます。

・保険給付金の計算は1ヶ月単位、受診者単位、病院ごと（入院と外来は別、内科と歯科は別）となります。

2. 注意点

- ・ 受診月から2ヶ月後の月末までに申請書をご提出くださいますようお願いいたします。（時効は、診療月から2年です）
- ・ 病院からの請求明細（レセプト）の金額から算出し、支給するため、領収書と誤差が発生する場合があります。
- ・ 対象となる月の分として、既に保険給付金が支払われている場合は、差額の支給となります。
- ・ 健康保険がきかない費用（入院時食事代自己負担分、差額ベッド代、文書料等）は給付の対象外となります。

3. 添付書類

医療機関発行の領収書（コピー）

4. 支給日

受診から3ヶ月後以降となります。

- ・ 医療機関からの請求明細（レセプト）の到着が遅れた場合、給付までに時間を要する場合があります。
- ・ 支給金額については『医療費のお知らせ』にてご通知いたします。

5. 書類送付先

〒211-0063
 神奈川県川崎市中原区小杉町 3-264-3 ユニオンビル4階
 富士通健康保険組合
 適用給付レセプトグループ 保険給付担当者 宛

切り取って封筒に貼ってご利用ください

※健康保険法施行規則改正に伴い、健保組合に届出した本書類への押印は不要となります。

<記入例>

任継・特退用

院外処方薬剤費支給申請書
(特定疾病・公費・自治体助成対象者等用)

健 保 組 合	常務理事	事務局長	課長	担当者

[申請者 (被保険者)]

申請日		ご自宅・携帯など ※日中連絡が取れる番号	
令和	3 年 10 月 1 日	044-000-0001	
被保険者 (記号-番号)		被保険者名	
任継	1851 - 123456	富士 道男	
特退	9001 -		

押印は不要です。

[受診者]

受診者名	続柄	受診者の生年月日	
富士 通子	妻	令和 /平成	昭和 27 年 12 月 31 日
申請理由 (何れか○)			
健康保険特定疾病療養の対象者で院外処方があるため			
○ 国・自治体などの公費の対象者で院外処方があるため			
その他 (理由:)			
診療年月 (1ヶ月単位)			
令和 3 年 9 月 診療分			
医療機関	医療機関名称	窓口支払額 (保険適用分のみ)	
処方元病院 (※)	〇〇 クリニック	15,000 円	
処方元が※の 病院の場合の み記入	調剤薬局 1	△△ 調剤薬局	30,000 円
	調剤薬局 2		円
	調剤薬局 3		円
合 計		45,000 円	

健 保	院外合算	世帯合算	多数該当	高額療養費	付加金	備考
	あり / なし	あり / なし	あり / なし	円	円	

院外処方薬剤費支給申請書
(特定疾病・公費・自治体助成対象者等用)

健 保 組 合	常務理事	事務局長	課長	担当者

[申請者(被保険者)]

申請日		ご自宅・携帯など ※日中連絡が取れる番号	
令和	年	月	日
被保険者(記号-番号)		被保険者名	
任継	1851	-	
特退	9001	-	

[受診者]

受診者名	続柄	受診者の生年月日	
		令和 /平成 /昭和	年 月 日
申請理由 (何れかに○)			
健康保険特定疾病療養の対象者で院外処方があるため			
国・自治体などの公費の対象者で院外処方があるため			
その他(理由:)			
診療年月(1ヶ月単位)			
令和	年	月	診療分
医療機関	医療機関名称	窓口支払額(保険適用分のみ)	
処方元病院(※)		円	
処方元が※の 病院の場合の み記入	調剤薬局1	円	
	調剤薬局2	円	
	調剤薬局3	円	
合計		円	

健 保	院外合算	世帯合算	多数該当	高額療養費	付加金	備考
	あり/なし	あり/なし	あり/なし	円	円	