

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

チェックポイント

[申請者 (被保険者)]

申請日		
令和 3 年 10 月 1 日		
被保険者 (記号-番号)	被保険者名	内線・外線・携帯など
1000 - 123456	富士 道男	
事業所名	所属	
富士通 (株)	川崎工場	

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	45 年 12 月 31 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		
	事業主診療所 (富士通クリニックを除く) で院外処方を受けたため		
	その他 (理由: 診療年月より 2 年間は申請有効期間です)		
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	10,000 円	
処方元が※ の病院の場合 のみ記入	調剤薬局 1	△△調剤薬局	10,000 円
	調剤薬局 2		
	調剤薬局 3		
合計			20,000 円

上記の病院より処方箋が発行されている薬局です

健 保	院外合算	世帯合算	円	付加金	円	備考
	あり / なし	あり / なし				

健保記入欄です

【事業所記入欄】

添付書類) 医療機関発行の領収書のコピー  
領収書を紛失した場合は、紛失した旨を申請書にメモ書きしてください

担当者名
備考欄