

健康 保 記 入 欄	支 給 決 定 額		区 分	常務理事	事務長	担当者	事業所担当者
	① 高額療養費	円	所得 (ア・イ・ウ・エ・オ)				
	② 一部負担還元金	円	多数 合算 追加				
	③ 家族療養付加金	円	支給額合計 (①+②+③-④)		支給決定印		
	④ 既支給額	円	高額	円			
	付加	円	付加	円			

※印刷してご利用願います。

## 健康保険 被保険者 医療費・調剤費合算付加金請求書 被扶養者

被 保 険 者 証 の	被 保 険 者 証 の		個 人 番 号				生 年 月 日			
	記号	番号	(被保険者証の記号・番号を記入した場合は不要です)				昭和 平成	年	月	日
被 保 険 者 の 氏 名	ふりがな		事業所名 (出向元)							
	在職中は支給金額の受領を事業主に委任します。		所 属 (出向先)							
申 請 が 被 扶 養 者 に 関 す る と き	被 扶 養 者 の 氏 名				生 年 月 日				続 柄	
					昭和 平成 令和	年	月	日		
療 養 を 受 け た 年 月	平成・令和 年 月 診療分									
処 方 せ ん を 発 行 し た 医 療 機 関 名	(診療科 科)				自己負担額	円				
調 剤 を 受 け た 薬 局 名					自己負担額	円				
と こ ろ	上記の通り、院外処方にかかる給付申請をいたします。									
	令和 年 月 日				住所					
	味の素健康保険組合 殿				被保険者 氏名				印	

添付書類: 医療機関と調剤薬局の領収書のコピー

支給印

受付印

※原本を添付されても返却できませんので、ご注意ください。

### 〈注意事項〉

- 本申請は、1ヵ月（暦月）単位、個人別の医療機関毎に作成してください。（外来診療のみ対象）
- 医療機関とその医療機関が発行した処方せんにより調剤を受けた薬局での保険適用（※）の自己負担額の合計が20,100円以上の場合が申請の対象となります。（支給額が100円未満切捨てのため）  
※合算できるのは保険診療分のみです。領収書に記載されている「保険適用分」の金額を合計してください。
- 入院及び院内でお薬を処方された場合は、自動給付のため申請不要です。
- 毎月20日提出分（健保着）までを、翌月25日給与支払にて支給します。  
（任意継続被保険者・資格喪失（退職）者は、個人の口座へ直接支給）