受付印

支給期間	令和　年　月　日 ～ 令和　年　月　日　日間
算出額	
支給額	円

支給決定伺		
令和　年　月　日決定		
常務理事	事務長	担当者

被保険者
被扶養者

療養費支給申請書（立替払い）

※病院（入院・通院別）ごと、薬局ごとに、それぞれ1枚必要 かつ 受診月ごとに、分けて申請して下さい。

◎標題の【被保険者・被扶養者】について、該当しない方を横線で消してください。
◎消せるボールペンでの記入は不可。書き直してください。
◎申請書・添付書類の裏紙印刷は不可。

被保険者等記号・番号		被保険者の氏名	自署の場合は捺印省略可　㊞
↑ 記号番号がわからない場合はマイナンバーを記入 ⇒			ー　ー
受診者氏名		受診者生年月日	昭和 平成 令和　年　月　日　続柄
傷病名		発病または負傷の年月日	令和　年　月　日
傷病又は負傷の原因			
診療の内容			
療養の給付を受けることができなかった理由	□ ① 健康保険等の手続き中のため、資格を確認できず全額支払った □ ② マイナ保険証または資格確認書を持参せず、資格を確認できず全額支払った □ ③ 前に加入していた健康保険を資格喪失後に使用し、返還した医療費を申請する □ ④ その他（理由を記載：　）		
診療を受けた医療機関等	名称	住所	
診療または手当の期間	令和　年　月　日から 令和　年　月　日まで　日間	□入院 □通院	診療または手当に要した費用　円
第三者による傷病ですか	□はい □いいえ	→「はい」の場合は「第三者行為による傷病届」を提出のこと	業務上または通勤途上の傷病ですか　□はい　□いいえ

上記に関する請求金の受領を　　に委任します。

令和　年　月　日

被保険者　住所

氏名

キリンビール健康保険組合御中

【添付書類（要原本）】　★傷病名が外傷（骨折や腰痛等）の場合は「負傷原因届書」も添付。

◆療養の給付を受けることができなかった理由が①②④のとき 1. 領収書 2. 医療機関発行のレセプト ＜診療（調剤）報酬明細書＞ →医療機関へ発行依頼をしてください。 （窓口支払時に渡される**診療（調剤）明細書**は不可）	◆療養の給付を受けることができなかった理由が ③ のとき 1. 前加入健保へ支払った領収書 2. 前加入健保発行のレセプト＜診療（調剤）報酬明細書＞ →前加入健保へ取寄せ依頼をしてください。

調査印

備考欄	

◇代筆された場合は印欄に捺印してください。訂正した箇所には訂正印を押印してください。

2025.4