



支給期間	令和 年 月 日 ~	支給決定伺			
	令和 年 月 日 日間	令和 年 月 日 決定	常務理事	事務長	担当者
算出額					
支給額					円

被保険者 療養費支給申請書

被扶養者

◎標題の該当しない部分を横線で消してください。
 ◎ひと月ごと、医療機関ごと(入院、通院、薬局ごと)に用紙を記入してください。
 ◎申請書・添付書類の裏紙印刷は不可。消せるボールペンで記入した場合は書き直しをしていただきます。

被保険者証の記号番号		被保険者の氏名		自署の場合は捺印省略可		
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						
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	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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。

<p>◆保険証不携帯または手続中による受診</p> <ol style="list-style-type: none"> 領収書 医療機関発行の診療(調剤)報酬明細書<レセプト> →診療明細書とは異なるため、ご確認ください 	<p>◆返還請求(他保険の保険証誤使用による受診)</p> <ol style="list-style-type: none"> 他健保発行の領収書(納入告知書兼領収書) 他健保発行の診療(調剤)報酬明細書<レセプト>
---	---

調査印

備考欄	
-----	--

- ◇被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。
- ・マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。
- ・亡くなった方に関する申請は、マイナンバーではなく、被保険者証の記号番号で申請してください
- ◇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。