記入例

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

(注)こちらの申請書は、マイナ保険証不携帯や健康保険誤使用による医療費の申請書です。治療用装具(ギプスなど)、はりきゅう・あんまマッサージは、別の用紙となります。

該当しない部分を消してください

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	10000 12345678	被保険者の氏名	キリン　太郎　自署の場合は捺印省略可　(印)

被保険者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

マイナンバーの記入については各事業所人事総務担当の案内に従ってください。

受診者氏名	キリン　桜子	受診者生年月日	平成 3年 5月 5日	続柄	二女
傷病名	急性気管支炎	発病または負傷の年月日	令和 7年 4月 6日		
傷病又は負傷の原因	風邪をこじらせてしまったため				
診療の内容	病院で治療し、薬を処方された				

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	チューリップクリニック	住所	長崎県佐世保市中央1−2−3
診療または手当の期間	令和 7年 4月 6日から 令和 7年 4月 9日まで 2日間	□入院 ☑通院	診療または手当に要した費用	7,540 円
第三者による傷病ですか	□はい ☑いいえ	第三者行 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

実日数を記入してください

上記に関する請求金の受領を　事業主記載欄　に委任します。

令和 7 年 5 月 15 日

被保険者　住所　神奈川県横浜市横浜 10-10-10
氏名　キリン　太郎

キリンビール健康保険組合御中

添付書類が必要です！確認してください。

【添付書類(要原本)】　★傷病名が外傷(有…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	◆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. 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）	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
南

事業所担当者印

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