

記入例

受付印

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		
算出額		常務理事	事務長	担当者
支給額				

(注) こちらの申請書は、保険証不携帯や、保険証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。

被保険者  
被扶養者 療養費支給申請書

該当しない部分を消してください

被保険者自署の場合は捺印省略可

◎ 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(入院、通院、薬局)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	10000 12345678	被保険者の氏名	キリン 太郎		
受診者氏名	キリン 桜子	受診者生年月日	昭和 平成 16年 10月 16日 令和	続柄	二女
傷病名	急性気管支炎	発病または負傷の日	令和 3年 8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	実家に帰省中で保険証を持っていなかったため				
診療を受けた医療機関等	名称	住所	チューリップクリニック 長崎県佐世保市中央1-2-3		
診療または手当の期間	令和 3年 8月 8日から 令和 3年 8月 9日まで 2日間	<input type="checkbox"/> 入院 <input checked="" type="checkbox"/> 通院	診療または手当てに要した費用	5,400 円	
第三者による傷病ですか	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ	実日数を記入してください	「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 <input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ
上記に関する請求金の受領を 令和 3年 9月 25日		事業所記載欄			に委任します。
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(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

◆保険証不携帯または手続中による受診 1. 領収書 2. 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	◆返還請求(他保険の保険証誤使用による受診) 1. 他健保発行の領収書(納入告知書兼領収書) 2. 他健保発行の診療(調剤)報酬明細書<レセプト>
--	---

調査印

南

備考欄

添付書類が必要です!

事業所担当者印

- ◇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。