



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		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（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させていただきます。

被保険者証の記号番号		被保険者の氏名		①	
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				②に委任します。	
令和 年 月 日		住所			
被保険者		氏名		③	

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> → <u>診療明細書とは異なるため、ご確認ください</u>	◆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

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。)