

以前加入していた保険証を使って受診してしまい、以前の健保組合に医療費の返還をしたときの払い戻し例

※切は健康保険組合に月末着
(月末が休日の場合、前営業日まで)

<提出書類>

※注意 労災及び通災は対象外

- 療養費支給申請書
受診者別、月別、医療機関別（入院・外来別）、調剤薬局別 に申請
- 以前の健保に返還した際の領収書
- 診療報酬明細書（レセプト）・・・以前の健保から発行された開封厳禁のレセプト
レセプトは、封を開けずに添付してください。

各社の提出先
<キッコーマン各社の提出先> シェアードセンター給与G 社会保険担当 経由 → 健康保険組合着
<キッコーマン各社以外の提出先> 各社経由 → 健康保険組合着

保険証の記号と番号をご記入ください

療 養 費 支 給 申 請 書

被保険者証の記号番号		事業所の名称	キッコーマン株式会社
傷 病 名	発熱	疾病又は負傷の年月日	平成18年5月10日
発病又は負傷の原因	不詳	診療又は手当を受けた医師歯科 医師その他の者の氏名及び住所	長野県北佐久郡軽井沢町〇〇番地 〇〇病院 竹之内 豊
傷 病 の 経 過	翌日平熱に戻る		
診 療 手 当 の 内 容	救急外来、投薬処方	入院又は通院の区分	入院 通院
診 療 又 は 手 当 の 期 間	平成18年5月10日 平成18年5月10日 1 日間	診 療 又 は 手 当 に 要 し た 費 用 額	金 領収書の金額を記入 円也 別紙証書のとおり
療 養 の 給 付 を 受 け 得 な か っ た 理 由	以前、加入していた保険証を使用したため		
傷病が第三者の行為による ものであるときは、その 事実並びに第三者の氏名 及び住所 (氏名又は住所が不明で あるときはその旨)			
申請が被扶養者に関する ものであるときには その者の氏名	家族氏名	被 扶 養 者 の 生 年 月 日	家族生年月日

**印は、必ず、
押印してください。**

上記のとおり申請する。

平成18年5月15日

被 保 険 者 の 住 所
氏 名

野田市野田〇〇番地
野田 太郎 **印**

キッコーマン健康保険組合理事長殿