

保険証不携帯時の払い戻し申請例

※注意 労災及び通災は対象外

毎月2日までに下記1. 2. 3を人事部社会保険Gあて提出

(2日が休みのときは**前営業日**まで)

- 療養費支給申請書
- 領収書
- 診療報酬明細書(診療内容等を記入した病院発行の点数証明書)
または当社指定の診療明細書(シート: 診療明細書を病院で証明してもらうこと)

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経由→人事部
社会保険G着

<キッコーマン各社以外の提出先>
各社経由 → 人事部
社会保険G着

保険証の記号と4桁または5桁の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	保険証不携帯 (旅行先で病気になったため)		
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

キッコーマン健康保険組合理事長殿

被 保 険 者 の 住 所 氏 名

**野田市野田〇〇番地
野田 太郎 印**