

保険証等不携帯時の払い戻し例

※注意 労災及び通災は対象外

<提出書類>

1. 療養費支給申請書

申請書は、受診者別・月別・医療機関別（入院・外来別）・調剤薬局別に作成してください。

2. 領収書

3. 診療報酬明細書(レセプト) ・ 受診した医療機関や調剤薬局にレセプトの発行を依頼してください。
レセプトは、封を開けずに添付してください。
 (会計時に領収書と一緒に受け取る医療費明細とは異なります)

申請書は、事業主経由でご提出ください。
 〆切は健康保険組合に月末着です。
 (月末が休日の場合、前営業日まで)

被保険者等の記号と番号をご記入
 ください

療 養 費 支 給 申 請 書

被保険者等 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
傷 病 の 経 過	翌日平熱に戻る		〇〇病院 竹之内 豊
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 別紙証書のとおりに
療 養 の 給 付 を 受 け 得 な か っ た 理 由	保険証等不携帯 (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**