

療 養 費 支 給 申 請 書

所属名()

被保険者証の記号・番号		事業所の名称	
傷 病 名		疾病又は負傷の年月日	平成/令和 年 月 日
発 病 又 は 負 傷 の 原 因		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	
傷 病 の 経 過			
診 療 手 当 の 内 容		入院又は通院の区分	入院・通院
診 療 又 は 手 当 の 期 間	平成/令和 年 月 日	診 療 又 は 手 当 に 要 した 費 用 額	金 円也
	平成/令和 年 月 日 日間		別紙証書のとおり
療 養 の 給 付 を 受 け 得 な っ た 理 由			
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		被 扶 養 者 の 生 年 月 日	昭和 平成 年 月 日 令和

上記のとおり申請する。

令和 年 月 日

被 保 険 者 の 住 所
氏 名 印

キッコーマン健康保険組合理事長殿

給付金の受領は事業主に委任します。

申請が被扶養者に関する ものであるときにはこれに 関する事業主の証明	は の	事 業 主 の 住 所 氏 名 及 び 印	印
	被扶養者であることを証明する		委任を受けた給付金は貴組合との間で定められた方法で 受領します。