療　養　費　支　給　申　請　書　キッコーマン健康保険組合　　所属

被保険者記入

記号	番号	氏名（ふりがな）　給付金の受領は事業主に委任します。　印	住所
受診者	☐ 本人　☐ 被扶養者	ふりがな 氏名	続柄　生年月日

申　請　内　容　お　よ　び　診　療　・　手　当　に　つ　い　て

傷病名		原　因	
発病又は負傷日	令和　年　月　日	診療内容	
期　間	令和　年　月　日 令和　年　月　日	医療機関　所在地 名称　医師名	
入院又は通院	☐ 入院　☐ 通院	第三者行為によるものであるときは内容	

療養費の支給申請の理由

☐ 保険者資格（記号番号）の確認が出来ず１０割立替払いをしたため

☐ 医師の指示により必要な治療用装具を購入・装着したため（小児弱視等を含む）

☐ その他〔　　〕

費用の額

円

領収書本書を添付

申請日　令和　年　月　日

事業主証明

印

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。