

必ず各社事業主のご担当者様を経由して健康保険組合へ申請いただきます。

提出先

ご自身の所属している会社の、各事業所担当者様（人事・シェアードセンター・管理部門等）にお問い合わせください。

任意継続被保険者は直接キッコーマン健康保険組合へご提出いただくことも可能です。

注)事業所等を経由しますので給付までにお時間を要する場合があります

療 養 費 支 給 申 請 書 キッコーマン健康保険組合 所属

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。	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	医療機関 所在地		
	令和 年 月 日	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		費用の額		
☐ 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		円		
☐ 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）		領収書本書を添付		
☐ その他〔 〕		申請日 令和 年 月 日		

申請内容の記入について 記入例

原因

スポーツでの負傷
歩行中の転倒
交通事故
外出先での発熱
原因不明

診療内容

眼鏡による矯正
左膝用装具の装着
夜間救急診療
その他 詳細

必要な添付書類等

療養費の支給申請の理由毎に必要な書類が異なります

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

1. 療養費支給申請書は、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. 領収書本書

3. 診療報酬明細書・受診した医療機関や調剤薬局より発行されたものを
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

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

1. 療養費支給申請書
2. 領収書本書
3. 医師の意見（同意）書または装着証明書

小児弱視の場合（9歳未満の小児が支給対象）

1. 療養費支給申請書
2. 眼科医の「治療用眼鏡等」の作成指示書および患者様検査結果
3. 購入した「治療用眼鏡等」の領収書本書
4. 眼鏡等の名称、種類およびレンズ代や
フレーム代等の内訳別の費用額が記載された領収明細書

治療用眼鏡等の更新

5歳未満 更新前の治療用眼鏡等の装着期間1年以上経過後
5歳以上 更新前の治療用眼鏡等の装着期間2年以上経過後

例・・・4歳で装着の場合

2回目は、6歳で装着 支給可
3回目は、8歳で装着 支給可