

Submit to:  
By post: Santory Health Insurance Association 2-1-40  
Dojimahama, Kita-ku, Osaka 530-0004

【提出先】  
〒530-0004 大阪市北区堂島浜2-1-40  
サントリー大阪オフィス内

[When Myna health insurance card not presented etc.]

【マイナ保険証等を提示できなかった場合 他】

### 療養費支給申請書

Application Form for Medical Care Expenses

※「領収書(原本)」に加えて、各理由により  
必要な書類(原本)を添付ください。

Patient

受診者 氏名 **健康 一郎** 生年月日 **令和 年 月 日** 続柄 **長男**

Reason for inability to use Myna health insurance, etc.

マイナ保険証等を使用できなかった理由

↓該当する □にレ(チェック)

Check the box that applies

マイナ保険証等を提示できなかった

Unable to present Myna health insurance cards, etc.

→ 添付書類: 入院・外来は「診療

Not treated as insured medical treatment.

保険診療扱いになっていないため

→ 添付書類: 「施術内容明細書」と「医師の同意書」

Other \*Enter reason: ( )

その他 \*理由記入 ( )

→ 添付書類: 事前に(健保)へお問合せください。

To be filled out by the applicant

診療または手当を受けた期間※

令和 年 月 日 ~ 月 日

診療または手当を受けた病院・薬局等の名称※

Name of hospital, pharmacy, or other facility at which examination/treatment was received \*

※複数月にまたがる場合や複数機関で診療等を受けた場合は、各月・各機関毎に申請書を作成ください

傷病名(わかる範囲で)

□□□□ Name of sickness/injury(as far as you know)

\*Prepare a separate application form for each month and each facility if multiple months are covered or examination/treatment was received from multiple facilities.

発病(負傷)時の状況

発生時期 \*該当に○印 (勤務中・通勤途中・勤務外・**その他(学校の体育の授業中)**)

Time of occurrence: \*Circle as applicable (on the job/while commuting/off the job/other ( )).

第三者の行為によって負傷したもの (相手方のある事故等による負傷)

\*該当に○印 (である・**ではない**)

\*Circle as applicable (Y/N).

助成・給 Inureddue to a third party action (Injured due to an accident or other incident involving another party)

※健保の付加は不支給になります

\*Circle as applicable (recipient/not a recipient).

市区町村などの医療費助成(乳児・福祉医療)や独立行政法人日本スポーツ振興センターの給付金を

\*該当に○印 (**受ける**・受けない)

Subsidy/assistance recipients: If you are a recipient of medical expenses susidy/assistance, additional benefits will not be paid by health insurance.

(↑健保からの療養費支給後に、自己負担分を自治体等に申請して給付を受ける場合は「受ける」になります)

(↑ Circle "recipient" if you will apply for and receive patient cost-sharing payment from local government, etc. after receiving medical care expenses from health insurance.)

健保支給決定欄	常務理事	事務長	担当者	療養費 ¥	
	Payment decision by Health Insurance Association				決定点数( 点)
	支給対象期間	年 月 日 ~ 年 月 日 (日間)	備考		
	被保険者の資格	年 月 日 取得・喪失			
扶養者認定の有無	有( 年 月 日 取得)・無	支給年月	・		

Notification is sent to your address after the payment is decided

支給が決定しましたら、ご自宅宛に「支給決 If you are currently employed, check the "[Paid] Health Insurance Benefits (Nontaxable)" column.

在職者は給与にて支給します。給与明細の【支給】健保給付金(非課税)欄をご覧ください。

任意継続被保険者は、申請時に指定された銀行口座に振込みます。

If you are a Voluntarily and Continuously Insured Person, payment will be remitted to the account indicated on the application.