

**【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  
 サントリー健康保険組合宛

【和暦】 年 月 日 申請

**【治療用装具】**

**療養費支給申請書**

※「領収書(原本)」と  
 「医師の意見書[必要証明・装着証明](原本)」を  
 添付ください。  
 ※靴型装具の場合は、当該装具の写真(受診者が実際に  
 装着する現物であることが確認できるもの)を添付ください。

被 保 険 者	勤務先	事業所	部署
	健康 保険	記号	番号
	氏名		
所属する事業所を代理人と定め受領を委任します			

申 請 者 記 入 欄	受診者	氏名	生年月日 [和暦]	続柄
	<b>発病(負傷)の時期と原因</b> (いつ頃) <hr/> (どのようにして) <hr/> 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) <span style="float: right;">* 該当に○印 ( である ・ ではない )</span>			
	<b>助成・給付などの受給 … 医療費助成・給付金を受ける場合は、健保の付加は不支給になります</b> 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 <span style="float: right;">* 該当に○印 ( 受ける ・ 受けない )                  (↑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)</span>			

健 保 支 給 決 定 欄	常務理事	事務長	担当者	支給決定額								
				療養費	¥			万	千	百	十	円
	今回支給対象期間	年 月 日 ~ 年 月 日 ( 日間)			装具費用( 円)							
	前回支給対象期間	年 月 日			備 考							
	前回支給日	年 月 日										
	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 . . .								

支給が決定しましたら、ご自宅宛に「支給決定通知書」を郵送します。  
 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。