

EXAMPLE

【提出先】
〒530-0004 Submit to:
By post: Suntory Health Insurance Association 2-1-40 Dojimahama, Kita-ku, Osaka 530-0004

Date of application (YY/MM/DD)
【和暦】 ●● 年 ●● 月 ●● 日 申請

Establishment: SWH (事業所) Division: ●●部 (部署)

Number: ●●●●●● (番号)

Symbol: ●●●● (記号)

Health insurance: ●●●● (健康保険)

Name: 健保 太郎 (氏名)

Insured person: 健保 太郎 (被保険者)

Place of work: (勤務先)

Relationship: 本人 (続柄)

Birth date (YY/MM/DD): ●● 年 ●● 月 ●● 日 (生年月日)

Cause of sickness/injury: (発病(負傷)の時期と原因)

When: ○月○日、休日の午後 (いつ頃)

How: サッカー中に転倒して骨折したため (どのようにして)

Injured due to a third party action (injured due to an accident or other incident involving another party) * Circle as applicable (Y/N)
* 該当に○印 (である ・ **ではない**)

Subsidy/assistance recipients: If you are a recipient of medical expenses subsidy/assistance, additional benefits will not be paid by health insurance * Circle as applicable (recipient/not a recipient).
* 該当に○印 (受ける ・ **受けない**)

To be filled out by the applicant

Payment decision by Health Insurance Association

常務理事	事務長	担当者	支	療養費
				装具費用(円)
今回支給対象期間	年 月 日 ~ 年 月 日 (日間)			備考
前回支給対象期間	年 月 日			
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	

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。

If you are currently employed, check the "[Paid] Health Insurance Benefits (Nontaxable)" column. 202502

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