

【提出先】

郵送の場合: 〒530-0004 大阪市北区堂島浜2-1-40
 サントリー健康保険組合宛
 社内メールの場合: サントリー大阪オフィス内 健保組合宛

年 月 日 申請

【保険証を提示できなかった場合 他】

療養費支給申請書

※「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。

被 保 険 者	事業所 勤務先	部署
	記号 保険証	番号(氏名コード)
	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
	年 月 日		
	保険証を使用できなかった理由 ↓該当する □に レ(チェック)		
	<input type="checkbox"/> 被保険者証を提示できなかった * 該当するもの1つに○印 (入院・外来・調剤)※ ※入院・外来・調剤 それぞれ別に申請書を作成ください → 添付書類: 入院・外来は「診療報酬明細書(レセプト)」または「診療明細書」、調剤には「調剤明細書」		
	<input type="checkbox"/> 保険診療扱いになっていないため * 該当に○印 (鍼灸・按摩・マッサージ) → 添付書類: 「施術内容明細書」と「医師の同意書」		
	<input type="checkbox"/> 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。		
	診療または手当を受けた期間※ 年 月 日 ~ 日 [日間]		診療または手当を受けた病院・薬局等の名称※ []
※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) []			
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())			
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)			
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 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) (↑ 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)			

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
	支給対象期間			年 月 ~ 日 (日間)	決定点数(点)							
	被保険者の資格			年 月 日 取得・喪失	備考 支給年月 . . .							
扶養者認定の有無			有(年 月 日取得)・無									

書類到着の翌月給与日に支給します。

在職者は給与明細の「【支給】健保給付金(非課税)」欄で確認ください。
 任意継続被保険者には、申請時に指定された銀行口座に振込みます。