

【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	SWH	部署	●●●部
	記号		番号(氏名コード)	
	保険証	●●●●		●●●●●●
氏名	健保 太郎			
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	健保 花子	生年月日 [和暦]	●● 年 ●● 月 ●● 日	続柄	長女
	<p>保険証を使用できなかった理由</p> <p>↓該当する □に レ(チェック)</p> <p><input checked="" 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 <b>入院</b> ・ 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」</p> <p><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」</p> <p><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。</p>					
	診療または手当を受けた期間※			診療または手当を受けた病院・薬局等の名称※		
	●●年 ●●月 ●●日 ~ ●●日 [ ●●日間]			[ ●●●●●●●● 医院 ]		
	※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)					
	[ ●●●●●●●● ]					
<p>発病(負傷)時の状況</p> <p>発生時期 * 該当に○印 ( 勤務中 ・ 通勤途中 ・ 勤務外 ・ <b>その他(学校の体育授業中)</b> )</p> <p>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 ・ <b>ではない</b> )</p>						
<p>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</p> <p>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 ( <b>受ける</b> ・ 受けない )</p> <p>(↑ 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)</p>						

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							
扶養者認定の有無	有( 年 月 日取得) ・ 無			支給年月 . .								

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。