

【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

【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	部署
	勤務先	●●●部
	記号	●●●部
	番号	●●●●●●
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	氏名	健保 花子	生年月日 [和暦]	●●年●●月●●日	続柄	長女
	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 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 (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※ [和暦]	●●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(学校の体育授業中))					
	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							

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。