

【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	事業所 勤務先	SWH	部署	●●●部
	記号		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	受診者 氏名	健保 太郎	生年月日 [和暦]	●● 年 ●● 月 ●● 日	続柄	本人
	発病(負傷)の時期と原因					
	(いつ頃) ○月○日、休日の午後					
	(どのようにして) サッカー中に転倒して骨折したため					
	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 ・ <input checked="" type="radio"/> 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 ・ <input checked="" type="radio"/> 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
	今回支給対象期間	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。