

**【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

**【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<br>保<br>険<br>者        | 事業所<br>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<br>請<br>者<br>記<br>入<br>欄                                                                                                                                        | 受診者<br>氏名                                                                                 | 健保 太郎 | 生年月日<br>[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<br>* 該当に○印 ( 受ける ・ <input checked="" type="radio"/> 受けない )<br>(↑ 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<br>保<br>支<br>給<br>決<br>定<br>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<br>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 . . |          |  |  |   |   |   |   |   |

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。