【提出先】
郵送の場合：〒530-0004　大阪市北区堂島浜2-1-40
社[illegible]

Submit to:
By post: Suntory Health Insurance Association
2-1-40 Dojimahama, Kita-ku, Osaka 530-0004
By interoffice mail: Health Insurance Association, Suntory Osaka Office

Date of application (YY/MM/DD)　●● 年　●● 月　●● 日 申請

EXAMPLE

Place of work　Establishment

【保険証を提示できなかった場合 他】
[When health insurance card not presented etc.]

療養費支給申請書

Application Form for Medical Care Expenses

※「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。

Insured person

被保険者

勤務先　事業所　SWH　部署　Division　●●●部

Health insurance card

保険証　記号　Symbol　●●●●　番号（氏名コード）　Number (name code)　●●●●

氏名　Name　健保　太郎　Relationship

所属する事業所を代理人と定め受領を委任します。

Patient

申請者記入欄

受診者　氏名　Name　健保　花子　生年月日 [和暦]　Birth date (YY/MM/DD)　●● 年 ●● 月 ●● 日　続柄

*Prepare a separate application form for each of the categories (inpatient/outpatient/pharmacy).

Reason for inability to use health insurance

保険証を使用できなかった理由

↓該当する □に レ(チェック)　Check the box that applies

☑ 被保険者証を提示できなかった　Unable to present health insurance　＊該当するもの1つに〇印　入院 ・ 外来 ・ 調剤 ）※

* Circle as applicable (Inpatient/outpatient/pharmacy). *

※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）」も[illegible]、調剤には

Documents to attach: For inpatient/outpatient applications, medical compensation details (Rezepts) or medical statement; for pharmaceutical applications.

☐ 保険診療扱いになっていないため　Not treated as insured medical treatment.　＊該当に〇印 （ 鍼灸 ・ 按摩 ・ マッサージ

*Circle as applicable (acupuncture and moxibustion /massage/similar treatment).

→ 添付書類：「施術内容明細書」と「医師の同意書」

Documents to attach: Written consent from an insurance doctor and details of treatment

☐ その他　Other *Enter reason: (　　)　＊理由記入 （

→ 添付書類：事前に（健保）へお問合せください。

Documents to attach: Contact the Health Insurance Association in advance.

To be filled out by the applicant

診療または手当を受けた期間※　Period of examination/treatment*　●●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※　Name of hospital, pharmacy, or other facility at which examination/treatment was received *

※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

*Prepare a separate application form for each month and each facility if multiple months are covered or examination/treatment was received from multiple facilities.

傷病名（わかる範囲で）　Name of sickness/injury (as far as you know)　〔 ●●●●●

発病（負傷）時の状況　Conditions at time of sickness/injury

発生時期　＊該当に〇印 （ 勤務中 ・ 通勤途中 ・ 勤務外 ・ その他（学校の体育の授業中））

Time of occurrence: *Circle as applicable (on the job/while commuting/off the job/other (　　)).

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）　＊該当に〇印 （ である ・ ではない ）

Inured due to a third party action
(Injured due to an accident or other incident involving another party)

*Circle as applicable (Y / N).

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[illegible]

Subsidy/assistance recipients: If you are a recipient of medical expenses susidy/assistance, additional benefits will not be paid by health insurance.

*Circle as applicable (recipient/not a recipient).

＊該当に〇印 （ 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）

(↑Circle "recipient" if you will apply for and receive patient cost-sharing payment from local government, etc. after receiving medical care expenses from health insurance.)

健保支給決定欄

常務理事	事務長	担当者	療養費 ¥　円
Payment decision by Health Insurance Association			
支給対象期間	年 月 ～ 日 （ 日間）		備考 決定点数（ 点）
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 ・ ・

Benefits will be paid on the payday of the month after the month in which the documents are received.

書類到着の翌月給与日に支給します

If you are currently employed, check the "[Paid] Health Insurance Benefits (Nontaxable)" column.

在職者は給与明細の「【支給】健[illegible]さ

If you are a Voluntarily and Continuously Insured Person, payment will be remitted to the account indicated on the application.

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。

2022.3