

提出 (When health insurance card not presented, etc.) Date of application (YY/MM/DD) ●● 年 ●● 月 ●● 日 申請

EXAMPLE 【保険証を提示できなかった場合他】

サントリー健康保険組合 御中 Application Form for Medical Care Expenses

Place of work

被保険者

事業所 Establishment 部署 Division ●●●部

勤務先

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

健康保険証 Health insurance card

氏名 Name 健保 太郎 Seal Not required if signed by hand 氏名自署の場合は不要

所属する事業所を代理人と定め受領を委任します。

# 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。

受診者 氏名 Name 生年月日 Birth date (YY/MM/DD) 続柄 Relationship 長女

To be filled out by the applicant Reason for inability to use health insurance card

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 \* 該当するもの1つに○印 (入院・外来・調剤) ※

Unable to present health insurance card ※入院・外来・調剤 それぞれに申請書を作成ください

→ 添付書類: 入院・外来には「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」

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

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)

Not treated as insured medical treatment \* 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: For inpatient/outpatient applications, medical compensation details (Rezepts) or medical statement; for pharmaceutical applications,

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

診療または手当を受けた期間※ Period of examination/treatment\* [ ●● 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

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

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

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

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)

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である(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)

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

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

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

市区独立行政法人日本スポーツ振興センターの給付金を (↑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)

\* 該当に○印 ( 受ける ・ 受けない )

常務理事	事務長	担当者	Injured due to a third party action (injured due to an accident or other incident involving another party)	(↑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 association)
支給対象期間	年 月 ~ 日 ( 日間)	決定点数 ( 点)	備考	
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。 If you are currently employed, check the "[Paid] Health Insurance Benefits (Nontaxable)" column.

在職者は給与明細の「【支給】健保給付金(非課税)」欄で確認ください。 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。