提出先：健保組合(大阪オフィス内)

●●　年　●●　月　●●　日　申請

記入見本

【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

下記により申請します

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。

被保険者

勤務先	事業所：SWH	部署：●●●部	
保険証	記号：●●●●	番号（氏名コード）：●●●●●●	
氏名	健保　太郎	健保	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。

申請者記入欄

受診者 氏名	生年月日 [和暦]	続柄
健保　花子	●● 年 ●● 月 ●● 日	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）

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

※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」

☐ 保険診療扱いになっていないため　＊該当に〇印（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」

☐ 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※

●●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※

〔 ●●●医院 〕

※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　＊該当に〇印（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）　＊該当に〇印（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

＊該当に〇印（受ける・受けない）

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

（↑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

		備考
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	
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。

2018.1