

提出先: 健保組合(大阪オフィス内)

●● 年 ●● 月 ●● 日 申請

記入見本

サントリー健康保険組合 御中

【治療用装具】

下記により申請します

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 保険証	●●●●	番号(氏名コード) ●●●●●●●●
	氏名	健保 太郎	

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	健保 太郎	生年月日 [和暦]	●● 年 ●● 月 ●● 日	続柄 本人
	発病(負傷)の原因				
	(いつごろ) ○月○日、休日の午後に (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 ・ 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 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	～	年	月	日	(日間)	
	前回支給対象期間	年	月	日						
	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				
				装具費用(円)					
				備考	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。