

提出先: 健保組合(大阪オフィス内)

年 月 日 申請

サントリー健康保険組合 御中

**【保険証を提示  
できなかった場合  
他】**

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	部署
	保険証	記号	番号(氏名コード)
	氏名	氏名自署の 場合は不要 所屬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	年 月 日	
	<b>保険証を使用できなかった理由</b>					
	↓該当する □に レ(チェック)					
	<input type="checkbox"/> 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 )※					
	→ 添付書類: 入院・外来は「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」					
	<input type="checkbox"/> 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 )					
	→ 添付書類: 「施術内容明細書」と「医師の同意書」					
<input type="checkbox"/> 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。						
<b>診療または手当を受けた期間※</b>			<b>診療または手当を受けた病院・薬局等の名称※</b>			
年 月 日 ~ 日 [ 日間]			[ ]			
※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						
<b>傷病名(わかる範囲で)</b>						
[ ]						
<b>発病(負傷)時の状況</b>						
発生時期 * 該当に○印 ( 勤務中・通勤途中・勤務外・その他( ) )						
第三者の行為によって負傷したもの * 該当に○印 ( である・ではない )						
(相手方のある事故等による負傷)						
<b>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</b>						
市区町村などの医療費助成(乳児・福祉医療)や * 該当に○印 ( 受ける・受けない )						
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								
				¥								円
	支給対象期間			年 月 日 ~ 日 ( 日間)	決定点数( 点)							
被保険者の資格			年 月 日 取得・喪失	備考								
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。