

申請者→健保→支払

平成 ●● 年 ●● 月 ●● 日 申請

記入見本

サントリー健康保険組合 御中  
下記により申請します

【保険証を提示  
できなかった場合  
他】

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	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	健印

受 診 者	氏名	健保 花子		生年月日	昭平 ●● 年 ●● 月 ●● 日	続柄	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 \* 該当に○印 ( 入院 ・ 外来 ・ 調剤 )  
→ 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○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※  
平成 ●● 年 ●● 月 ●● 日 ~ ●● 日 [ ●● 日間 [ ●●●● 医院 ] ]

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○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○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  
受ける \* 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
	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			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。