

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

**【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<br>保<br>険<br>者        | 事業所                 | 部署        |
|                         | 勤務先                 |           |
|                         | 記号                  | 番号(氏名コード) |
|                         | 保険証                 |           |
| 氏名                      | 氏名自署の<br>場合は不要<br>印 |           |
| 所属する事業所を代理人と定め受領を委任します。 |                     |           |

|  |  |    |              |    |       |
|--|--|----|--------------|----|-------|
| 申<br>請<br>者<br>記<br>入<br>欄   | 受診者  | 氏名 | 生年月日<br>[和暦] | 続柄 | 年 月 日 |
|  | 発病(負傷)の時期と原因   |    |              |    |       |
|  | (いつ頃)  |    |              |    |       |
|  | (どのようにして)  |    |              |    |       |
|  | 第三者の行為によって負傷したもの<br>(相手方のある事故等による負傷) <span style="float: right;">* 該当に○印 ( である ・ ではない )</span> |    |              |    |       |
| 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 <span style="float: right;">* 該当に○印 ( 受ける ・ 受けない )</span>  |  |    |              |    |       |
| 市区町村などの医療費助成(乳児・福祉医療) や<br>独立行政法人日本スポーツ振興センターの給付金 を <span style="float: right;">(↑ 健保からの療養費支給後に、自己負担分を<br/>自治体等に申請して給付を受ける場合は<br/>「受ける」になります)</span> |  |    |              |    |       |

|                                 |          |     |     |       |        |      |   |   |   |   |
|---------------------------------|----------|-----|-----|-------|--------|------|---|---|---|---|
| 健<br>保<br>支<br>給<br>決<br>定<br>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      | (日間) |   |   |   |   |
|                                 | 前回支給対象期間 | 年   | 月   | 日     | 備<br>考 |      |   |   |   |   |
|                                 | 前回支給日    | 年   | 月   | 日     | 支給年月   |      |   |   |   |   |
|                                 | 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  |      |   |   |   |   |

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。