

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。

被 保 険 者	事業所	部署
	勤務先	
	記号	番号(氏名コード)
	保険証	
氏名	⑨ 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
	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 (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 (日間)			装具費用(円)							
	前回支給対象期間	年 月 日			備 考							
	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											
				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。