

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

【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 勤務先	SWH	部署	●●●部
	記号		番号(氏名コード)	
	保険証	●●●●	●●●●●●	
氏名	健保 太郎		健	氏名自署の場合は不要

申 請 者 記 入 欄	受診者 氏名	健保 太郎	生年月日	昭平 ●● 年 ●● 月 ●● 日	続柄	本人
	発病(負傷)の原因	休日にサッカー中に転倒して骨折したため				
	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())				
		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)		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。