

支給決定額	円
支給期間	年 月 日自 年 月 日至 日間

常務理事	事務長	室長	担当者

トヨタ販売連合健康保険組合理事長 殿

~~被扶養者~~ **被保険者** 療養費支給申請書

次の通り請求します。 提出日 R7年 6月 9日

被保険者等記号・番号	591-1	事業所名	トヨタ〇〇株式会社		
被保険者氏名	健保太郎		生年月日	H7年 6月 10日	
住所	〒450-0003 名古屋市市中村区名駅南1-21		資格取得日	R7年 5月 1日	
傷病名	腹痛		発病または 負傷年月日	R7年 5月 1日	
発病または負傷の原因	原因不明で、急にお腹が痛くなった ←				
傷病の経過	良好				
手当を受けた病院等	名称	名古屋市立病院	所在地	名古屋市中南区西町1-5	
手当を受けた医師	氏名	医学進			
診療の内容	診察・投薬など				
診療を受けた期間	自	R7年 5月 1日	至	R7年 5月 1日	1日間
診療に要した費用の額	金	25,000		円也	
療養の給付を受けることができなかった理由	加入して間もなく医療機関を受診し、資格を確認できなかったため ←				
第三者の行為による 負傷であるとき	その事実と 届出の有無	無	氏名		
			住所		
申請者が被扶養者に 関するときは	氏名		生年月日	年 月 日	被保険者 との続柄 ←

労災・通災・第三者行為によるものかどうか確認できるよう具体的に詳しく記入してください

労災・通災・第三者行為は通常、その保険で給付を受ける為、健保からの給付を受けることができません
確認してから送付してください

詳しく記入してください

被扶養者の申請の場合はご記入ください

記入漏れがないよう確認をお願いします。

委任	私は給付金の受領を右記の者に委任します。	受任者（事業所が記入） 事業所の所在地 名古屋市東区泉1丁目23-22
	年 月 日	名称 トヨタ〇〇株式会社 事業主の氏名 氏名 〇〇〇〇
	被保険者氏名 健保太郎	

- ・退職等により本人口座への直接振込を希望される場合は、委任状は記入せずに勤務先の健保担当部署に申し出た上で給付金振込口座登録用紙（別紙）を添付してください。
- ・被保険者等記号・番号は、マイナポータル・資格情報のお知らせ・資格確認書でご確認いただけます。（記号番号の代わりに個人番号を記入することも可能ですが、その場合は番号法で定められた本人確認書類の添付が必要となります。詳細はホームページをご覧ください。）

<健保記入欄>
区分：□治療用装具 □鍼灸 □あんま・マッサージ □立替払い等 □治療用眼鏡 □弾性ストッキング・スリーブ