支給決定額				円
支給 期間	年年	月 月	日自 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	5 9 1	-1	事業所	名	、ヨタ〇〇株式	大会社
被保険者氏名	健 保	健 保 太郎			生年月日	S61 年 6月10日
住所	名古屋市中村区名駅南1-21				資格取得日	H元年 4月 1日
傷 病 名	腰椎々	腰椎々間板ヘルニア			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 家で大掃除した際、重い物を持った時から ◆						
傷病の経過	装具を装着してから良好					
手当を受けた病院等	名称 名	名古屋市立病院 所在地		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	装具の装着など					
診療を受けた期間	現 在 通 院 中					
砂水と文りた別間	自 R7	年5月]	1 日	至平成	年 月	日日間
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	装具の制作費は、保険上現金扱いの為					
第三者の行為による	その事実と	無		氏名		
負傷であるとき	届出の有無	744		住所		
申請者が被扶養者に 関するときは	氏名	•	生月月	年日	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

被扶養者の申請の場合は ご記入ください

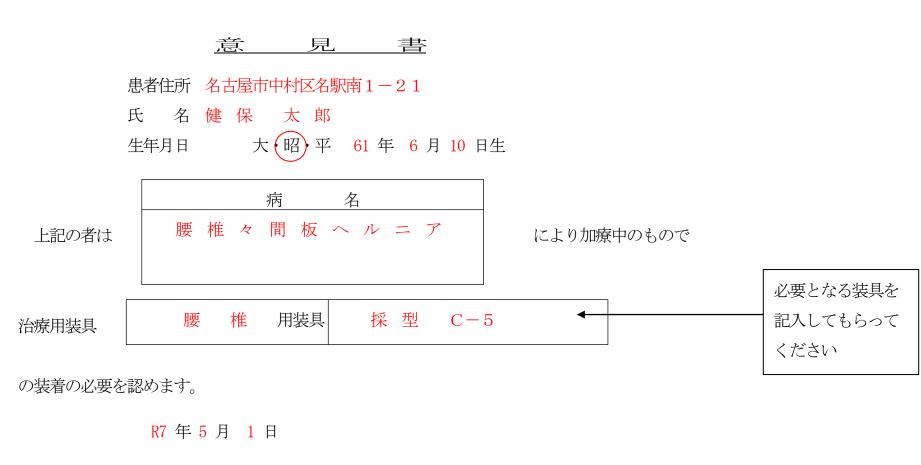
記入漏れがないよう確認をお願いします。 受任者は代表者名をご記入お願いします。

_	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)
委	年	月	日	事業所の所在地名古屋市東区泉1丁目23-22
任状	被保険者氏名	健保	太郎	名称 トヨタ〇〇株式会社 事業主の氏名 氏名 〇 〇 〇 〇

- ・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



保険医療機関所在地 名古屋市中南区西町1-5

名 称 名古屋市立病院

担当医師氏名 医学 進



令和 7年5月1日

保険医療機関所在地 名古屋市中南西町1-5

名 称 名古屋市立病院

担当医師氏名 医学 進