

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

~~被保険者~~
~~被扶養者~~

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		トヨタ〇〇株式会社	
被 保 険 者 氏 名		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 1－2 1		資格取得日		H 元 年 4 月 1 日	
傷 病 名		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		装具の装着など					
診療を受けた期間		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 2 5, 0 0 0 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 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

被扶養者の申請の場合は
ご記入ください

委任状	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）	
	年 月 日		事業所の所在地名古屋市中東区泉 1 丁目 23-22	
	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	

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をお願いします。

・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

意見書

患者住所 名古屋市中村区名駅南1-21
氏 名 健 保 太 郎
生年月日 大昭和 61 年 6 月 10 日生

上記の者は

病 名
腰 椎 ヲ 間 板 ヘ ル ニ ア

により加療中のもので

治療用装具

腰 椎 用装具	採 型 C-5
---------	---------

必要となる装具を
記入してもらって
ください

の装着の必要を認めます。

R7 年 5 月 1 日

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

装具装着証明書

上記診断により加療中

令和 7 年 5 月 1 日 (1. 入院 2. 入院外)

※重要

装着した日付と
どちらかに○を
記入してもらって
ください

に装具を装着したことを証明します。

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