

<事務局記入欄>

支 給 額			
計 算 式	(領収書額) =	(他からの給付) 円 — 円 円 (上限100万円)	

事務局捺印欄		
常務理事	事務長	担当者

R7.4 更新

T・G特別医療共済会支給申請書 (先進医療)

申請にあたってのご注意

・厚生労働省が定める「先進医療」による治療を特定の医療技術を有する病院で受けた場合、その技術料を補助します。（技術料以外の交通費や宿泊費等は補助対象外です。）

・領収書の原本をこの申請書に添えて申請して下さい。

（領収書の返送を希望された場合は、事務局の受付印を押印して返送します。）

・補助限度額は、会員1名あたり 100万円/年（1月～12月）です。

【第三者からの給付があった場合】

・支払った先進医療の技術料より給付額が少ない場合、差引後の金額に対して補助します。

・他の保険会社等からの給付額が分かる書類と領収書（コピー可）を添えて申請して下さい。

T・G特別医療共済会 理事長 殿

令和 年 月 日

会員 (本人)	被保険者等 記号・番号	記 号	番 号	事業所 の名称						
	姓 名				生年 月日	昭 和 平 成	年 月 日			
	住 所	〒 —								
対象者	姓 名				続柄		生年 月日	昭 和 平 成	年 月 日	
	傷病名					病 院	TEL	()		
	技術名									
	支払 明細	実 施 日	年 月 日			領収書の返送	要 ・ 不 要			
	金 額	円								
他の保険契約等	他からの保険金受領 あり	保険会社等の名称				受けた保険金額 円 金額が分かる書類の添付が必要です				
	なし									
	T・Gハッピープランの「入院保障」には、先進医療の技術料と共に共済会では補助対象でない交通費・宿泊費が1,000万円(実費)まで保障される「先進医療保障」が自動でセットされております。 共済会で加入の有無を確認し、該当する場合はT・Gハッピープランへの請求の切り替え案内を株式会社トヨタエンタプライズまたは保険会社よりさせていただく場合がございます。									
※ 振込 先	姓 名	銀行 信用金庫			銀 行 コード		姓 名		本店 支店 出張所	支店 番号
	銀行名						支店名			
	口座番号					姓 名				
	口座種別	普通・当座・貯蓄			口座名義人					

※振込先の口座名義は「会員(本人)」「健康保険被扶養者(家族)」をお願いします。

※申請者の責による再振込手数料は申請者のご負担となりますのでご注意ください。