

健保組合 処理欄	支払年月日		常務理事	事務長	GL	係
	支給額		健保記入欄			
	支払区分	(内訳)	資格	取得	年 月 日	
	7割・8割・9割			喪失	年 月 日	

トヨタ関連部品健康保険組合 御中

被保険者  
被扶養者

## 療養費(法定・付加)支給申請書

太枠内をボールペンでご記入ください。

被 保 険 者 が 記 入 す る 欄	事業所名	被保険者証 記号・番号		被保険者氏名			
	ケンポ株式会社	4700 - 1234		健保 太郎			
	連絡先	郵便番号	473 - 0826	愛知 都 道 府 県	豊田 区 市	若宮 区 町 村	
		2丁目66番地	電話番号			0565 ( 41 ) 8141	
	受診者	氏名	健保 太郎	被保険者 との続柄	本人	生年月日	昭 平 56年 4月 1日
		傷病名	右アキレス腱断裂		発症・負傷 年月日	平成 28年 10月 10日	
	傷病の 原因	どこで	自宅付近の体育館		第三者の行 為によって負 傷したもので すか?	<input type="checkbox"/> はい ⇒「第三者による傷病届」を 提出してください	
		どのように	フットサルの練習中、走り出した 瞬間に負傷した			<input checked="" type="checkbox"/> いいえ	
	①治療用装具・治療用眼鏡等・弾性着衣等作成費用申請のとき						
	装具 購入日	平成 28年 11月 8日	<input type="checkbox"/> 入院 <input checked="" type="checkbox"/> 通院	領収証の 金額	64,257 円		
添付書類	・治療用装具の申請	>>	<input checked="" type="checkbox"/> 領収書《原本》	<input checked="" type="checkbox"/> 医師の意見及び装着証明書《原本》			
	・弾性着衣の申請	>>	<input checked="" type="checkbox"/> 装具作成確認書	<input checked="" type="checkbox"/> 購入された装具写真 >メール送信日(11/10)			
	・治療用眼鏡の申請	>>	<input type="checkbox"/> 領収書《原本》	<input type="checkbox"/> 病名記載のある医師の作成指示書《原本》			
②保険証未提示による自費診療、資格喪失後の返納をしたとき							
保険証を提示 できなかった 理由							
診療 年月日	平成 年 月 日 から	平成 年 月 日 まで	日間	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院	支払った 金額	円	
添付書類	・保険証未提示	>>	<input type="checkbox"/> 領収明細書《原本》	<input type="checkbox"/> 診療報酬明細書《原本》			
	・資格喪失後の返納	>>	<input type="checkbox"/> 領収書《原本》	<input type="checkbox"/> 診療報酬明細書《原本》			

私は上記給付金の受領を下記の者に委任します。

平成 28年 11月 10日

被保険者氏名

健保 太郎

受任者

所在地  
事業所 名称  
受任者名

会社記入欄

【提出の流れ】 本人 → 会社 → 健保 (任意継続者は直接健保へ)

備考 (個人番号:任意記入)