

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。

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	愛知 都道 府(県)	豊田 区市 郡	若宮 区町 村	
	473 - 0826	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
	傷病名	右アキレス腱断裂	発症・負傷 年月日	昭和 56年 4月 1日	令和 3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 たものでは ないか?	<input type="checkbox"/> はい → 「第三者による 負傷」を記入 <input checked="" type="checkbox"/> いいえ	
	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		具体的な日付が不明な場合、 「令和〇年〇頃」と記入	
①治療用装具・治療用眼鏡等・弾性着衣等作成費用申請のしるし					
装具 購入日	令和 3年 10月 25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保険料未納、療養費未支給、資格喪失後の返納					
保険証を提示で きなかった 理由	書類添付後、 ✓マークを記入		メール送信した場合、 送信日を必ず記入		
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。

令和 3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)