

| | | | | | | |
|-------------|-------|------|------|-----|-------|---|
| 健保組合 処理欄 | 支払年月日 | | 常務理事 | 事務長 | GL | 係 |
| | 支給額 | 円 | | | | |
| | 支払区分 | (内訳) | 資格 | 取得 | 年 月 日 | |
| | 7割・8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 | | | |
| | | - | | | | | |
| | 連絡先 | 郵便番号 | 都 道 区 市 区 町 村 | 府 県 郡 | 電話番号 () | | |
| | | | | | | | |
| | 受診者 | 氏名 | 被保険者 との続柄 | 生年月日 | 昭・平 ・令 | 年 月 日 | |
| | | 傷病名 | 発症・負傷 年月日 | 平・令 | 年 月 日 | | |
| | 傷病の 原因 | ・どこで | 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 | | <input 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 | 令和 年 月 日 | <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院 | 領収証の 金額 | 円 | | |
| 添付書類 | ・治療用装具の申請 >> <input type="checkbox"/> 領収書《原本》 <input type="checkbox"/> 医師の意見及び装着証明書《原本》 ・弾性着衣の申請 >> <input type="checkbox"/> 装具作成確認書 <input type="checkbox"/> 購入された装具写真 > メール送信日(/) ・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 | 令和 年 月 日 から 令和 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《写し》 | | | | | | |

私は上記給付金の受領を下記の者に委任します。

令和 年 月 日

被保険者氏名

 受任者 所在地
 事業所 名称
 受任者名

委任状

【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)

※「治療用眼鏡」「義眼」の申請に関しては、写真添付は不要です。