

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・9割			喪失	年 月 日	

健保記入欄

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 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 組子	被保険者との続柄	二女	生年月日	昭(平)23年 6月15日
		傷病名	急性咽頭炎		発症・負傷年月日	平成28年 8月18日	
	傷病の原因	どこで	(外傷の場合のみ記入)		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	風邪			<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 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	旅行に保険証を持っていかなかったため						
診療年月日	平成28年 8月 18日 から	1日間	<input type="checkbox"/> 入院 <input checked="" type="checkbox"/> 通院	支払った金額	9,410 円		
添付書類	・保険証未提示 >> <input checked="" type="checkbox"/> 領収明細書《原本》 <input checked="" 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 8月 25日

被保険者氏名

健保 太郎

委任者

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)