

健保組合使用欄	支払年月日	平成	年	月	日	常務理事	事務長	係長	係員
	健保組合記入								
備考	記入例	申請者資格取得日				年	月	日	入力No.

健康保険  被保険者 ~~療養費(保険証・マイナ保険証不携帯による自費診療)支給申請書~~  
 家族

◆ ボールペン(フリクション・鉛筆不可)で太枠内全てご記入の上、添付書類とあわせて提出ください。

被保険者	記号番号 〇〇-〇〇〇	従業員No. 〇〇〇〇〇〇	フリガナ 氏名	被保険者氏名	生年月日
被保険者(従業員)の氏名、生年月日をご記入ください					
被保険者の現住所	自宅住所、電話番号を記入				
事業所名	トヨタ紡織(株)	その他 トヨタ紡織㈱の従業員の方以外は、 会社名を記入	所属	所属部署を記入	
照会等の同意	トヨタ紡織健康保険組合が、本療養費の支給に対し必要に応じ、担当医療機関、又は他の関係する所に対して、療養が行われた事実の有無や行われた、療養等の内容照会を行うこと、また当該関係機関が内容照会の回答をすることに同意します。				被保険者 被保険者(従業員)の氏名本人自署
申請者	フリガナ 氏名	受診された方の氏名、生年月日、続柄(妻・長男・長女等)を記入			
傷病名	傷病名を記入		発病又は 負傷年月日	平成・令和 〇〇年〇〇月〇〇日 (負傷の場合は 〇〇〇 時頃)	
発病または 負傷の原因	病気(特定できない時は、「不詳」と記入 ケガの時は負傷の原因を記入				
確認事項 (該当に✓)	① 負傷の原因は、第三者行為(交通事故・喧嘩等)のものですか? <input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ ② 今回の傷病は、通勤途中又は業務中によるものですか? <input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ ③ 今回の申請者は医療助成受給者ですか? (はいのときは④も記入) <input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ④ どんな医療助成を受けていますか <input checked="" type="checkbox"/> 乳幼児(子供)医療 <input type="checkbox"/> 障害者医療 <input type="checkbox"/> ひとり親家庭等医療 <input type="checkbox"/> その他( )				
療養の給付を受けることができなかった理由	<input type="checkbox"/> 手続き中で被保険者証が届いていなかった為 <input checked="" type="checkbox"/> 緊急やむを得ず受診し、被保険者証を所持していなかった為 <input type="checkbox"/> その他( )				
診療を受けた病院	名称	診療を受けられた病院名・住所、医師名を記入			
診療の内容	診療内容(診療・投薬等)を記入				
診療の期間	診療期間を記入		入院または通院の別 入院・通院	診療に要した 費用	領収書金額を記入
給付金 振込先	1. 給付金の受領を委任するとき 私は上記給付金の受領を右記の者に委任します。 委任状 令和〇〇年〇〇月〇〇日 被保険者氏名 (本人自署) 〇〇〇〇 事業所で証明します 書類提出先にご注意下さい				
	2. 振込先を指定するとき 注) 口座名義が被保険者名義でないときは法定相続人であることの証明として被保険者の戸籍(コピー可)を添付				
	金融機関名	支店名	預金種別	口座番号	フリガナ
			普通・当座		口座名義

※ 添付書類：領収明細書・診療報酬明細書(いずれも原本)

※ 提出経路：被保険者(請求者)→事業主・事業所担当者(TBはトヨタパーソナルサポート 国内給与部)→健保組合

※ 支給日：請求書が毎月20日(休日の時は翌営業日)に到着→翌月20日(休日の時は前営業日)支払

※ 問い合わせ先：トヨタ紡織健康保険組合 適用・給付グループ TEL (0566)26-0305 内線 811-3067

個人情報の保護について：この情報は健康保険の事業のみに使用し、その他の目的には使用致しません。