

健保組合 使用欄	支払年月日	令和 年 月 日		常務理事	事務長	係長	係員	
	支払額	法定給付	円					
		付加給付	円					
		合計	円					
	診療日(購入日)	令和 年 月 日		費用	円			
	計算式				被保険者資格取得日	年 月 日		
			申請者資格取得日	年 月 日				
備考	(前回購入 年 月 日)							入力No.

健康保険 被保険者
家族

療養費(治療用装具)支給申請書

◆ 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	従業員No.	フリガナ	生年月日	
	-		氏名	昭和 平成 令和	年 月 日
被保険者の現住所	〒 TEL() -				
事業所名	トヨタ紡織(株)	その他の事業所	所属		
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。				
申請者	フリガナ	生年月日		被保険者 との続柄	
	氏名	昭和 平成 令和	年 月 日		
傷病名			発病又は 負傷年月日	平成・令和 年 月 日	(負傷の場合は 時頃)
発病または 負傷の原因	①病気 ②ケガ ※負傷状況(どこで、何をしていたか)を詳しく記入ください				
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 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 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 type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ④どんな医療助成を受けいていますか <input 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()				
傷病の経過	令和 年 月 日現在 (治癒 ・ 治療継続中 ・ 中止)				
診療を受けた病院	名称	医師名			
	所在地				
装具名	装具装着日		令和 年 月 日		
領収書額	円	領収書発行日	令和 年 月 日		
給付金 振込先	1. 給付金の受領を委任するとき				
	委任状	私は上記給付金の受領を右記の者に委任します。		私は上記給付金の受領を左記の者より受任しました。	
		令和 年 月 日 被保険者氏名 (本人自署)		(受任者)	
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：(装具)①装着が傷病の療養のため必要と認められた医師の証明書(原本)
②実費についての領収書(原本) ☆対象者氏名、装具名、金額が記載されている領収書
③作成した装具の装着状態と装具のみが確認できる写真
(インソール作成の方は、靴からだしていただき、上からと横からの写真を添付ください)
- ※ 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(株) 国内給与部)→健保組合
任意継続の方は直接、健康保険組合へ送付ください
- ※ 支払関係：申請からお支払いまで2~3ヶ月程かかります
健保より配布します【給付金支給決定通知書兼医療費のお知らせ】緑色(ハガキタイプ)が健保支払通知書となります
- ※ 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。

(作成装具写真)

作成した装具の写真を貼付添付下さい

パソコンで印刷された方は貼り付けず、そのまま提出ください

<装具写真貼付>

