

支給決定額	円
支給期間	平成 年 月 日自 平成 年 月 日至 日間

健保捺印欄			
常務理事	事務長	室長	担当者

トヨタ販売連合健康保険組合理事長 殿

被保険者  
被扶養者 **療養費支給申請書**

提出日 平成 年 月 日

次の通り請求します。給付金の受領は健保担当部署責任者に委任します。

被保険者証の記号番号	— ※	事業所名	
被保険者氏名		印	生年月日 年 月 日
住所		資格取得日	年 月 日
傷病名		発病または負傷年月日	年 月 日
発病または負傷の原因			
傷病の経過			
手当を受けた病院等	名称	所在地	
手当を受けた医師	氏名		
診療の内容			
診療を受けた期間	自平成 年 月 日 至平成 年 月 日 日間		
診療に要した費用の額	金	円也	
療養の給付を受けることができなかった理由			
第三者の行為による負傷であるとき	その事実と届出の有無	氏名	
		住所	
申請者が被扶養者に関するときは	氏名	生年月日 年 月 日	被保険者との続柄

法定給付および付加給付金の受領を  
 健保担当部署責任者 \_\_\_\_\_ 印  
 に委任いたします。

※個人番号の記載可