

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。

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 昭平 年 月 日
住所		資格取得日	昭平 年 月 日
傷病名		発病または負傷年月日	昭平 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 昭平 年 月 日	被保険者との続柄

※個人番号の記載可

委任状	私は給付金の受領を右記の者に委任します。	受任者（事業所が記入）
	平成 年 月 日	事業所の所在地
	被保険者氏名 印	名称
		事業主の氏名 印

・退職等により本人口座への直接振込を希望される場合は、委任状は記入せずに勤務先の健保担当部署に申し出た上で給付金振込口座登録用紙（別紙）を添付してください。