

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 27年 10月 1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	591-1 ※	事業所名	トヨタ〇〇株式会社		
被保険者氏名	健保太郎	(健保)印	生年月日	S40年6月10日	
住所	〒450-0003 名古屋市中村区名駅南1-21		資格取得日	H元年4月1日	
傷病名	腰椎々間板ヘルニア		発病または負傷年月日	H27年9月1日	
発病または負傷の原因	家で大掃除した際、重い物を持った時から ←				
傷病の経過	装具を装着してから良好				
手当を受けた病院等	名称	名古屋市立病院	所在地	名古屋市中南区西町1-5	
手当を受けた医師	氏名	医学進			
診療の内容	装具の装着など				
診療を受けた期間	自平成 27年9月1日		現在通院中 至平成 年 月 日 日間		
診療に要した費用の額	金 25,000 円也				
療養の給付を受けることができなかった理由	装具の制作費は、保険上現金扱いの為 ←				
第三者の行為による負傷であるとき	その事実と	無		氏名	
	届出の有無			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 ←

労災・通災・第三者行為によるものかどうか確認できるよう具体的に詳しく記入してください

労災・通災・第三者行為は通常、その保険で給付を受ける為、健保からの給付を受けることができません
確認してから送付してください

記入してください

被扶養者の申請の場合はご記入ください

委任欄の健保担当部署責任者は、「加入事業所事務連絡書」の健保担当部署責任者と同じ方のお名前をご記入、捺印してください。

法定給付および付加給付の受領を
健保担当部署責任者 愛知次郎 (愛知)印
に委任いたします。

※個人番号の記載可