

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 28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	生年月日	S40年6月10日
住所	〒450-0003 名古屋市東区名駅南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	H28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 28年 9月 1日 至平成 年 月 日 日間 現在通院中		
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	その事実と届出の有無	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 ←

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に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

※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 28年 10月 1日	事業所の所在地 名古屋市東区泉1丁目23-22
	被保険者氏名 健保太郎 (健保)	名称 トヨタ〇〇株式会社
		事業主の氏名 ○○○○ (印)

記入・捺印漏れがないよう確認をお願いします。
受任者は代表者印（事業主届出印）をお願いします。

・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。

意見書

患者住所 名古屋市中村区名駅南1-21
氏名 健保太郎
生年月日 大昭平 40年6月10日生

上記の者は

病名
腰椎々間板ヘルニア

により加療中のもので

治療用装具

腰椎用装具	採型 C-5
-------	--------

必要となる装具を
記入してもらって
ください

の装着の必要を認めます。

平成 28年9月5日

保険医療機関所在地 名古屋市中南区西町1-5

名称 名古屋市立病院

担当医師氏名及び印 医学進  印

必ず捺印が
あるか確認して
ください

装具装着証明書

上記診断により加療中

平成 28年9月10日 (1. 入院 <input checked="" type="radio"/> 2. 入院外)
--

に装具を装着したことを証明します。

※重要
装着した日付と
どちらかに○を
記入してもらって
ください

平成 28年9月10日

保険医療機関所在地 名古屋市中南西町1-5

名称 名古屋市立病院

担当医師氏名及び印 医学進  印

