

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

~~被扶養者~~ **被保険者** 療養費支給申請書

提出日 平成 30年 5月 10日

次の通り請求します。

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)	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	(医師の同意を受けた傷病)		発病または 負傷年月日	H30年 4月 10日	
発病または負傷の原因	(いつ・どこで・どのようにして傷病が発生したか記入)				
傷病の経過	良好				
手当を受けた病院等	名称	〇〇鍼灸院	所在地	名古屋市	
手当を受けた医師	氏名	△△ △△△			
診療の内容	はり・きゅう				
診療を受けた期間	自平成 30年 4月 1日 至平成 30年 4月 30日 4日間				
診療に要した費用の額	金 4,620 円也				
療養の給付を受けることができなかった理由	保険上、現金扱いのため				
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	

※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。
	平成 年 月 日
	被保険者氏名 健保太郎 (健保)
	受任者 (事業所が記入) 事業所の所在地 名古屋市東区泉1丁目 23-22 名称 トヨタ〇〇株式会社 事業主の氏名 〇〇〇〇 (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。