

常務理事	事務長	室長	担当

申請書はFAX 052-961-3921または郵送でご提出ください。
(FAX後の原紙の郵送は不要です。)

保険給付決定支払通知書 交付申請書

トヨタ販売連合健康保険組合理事長 殿

【注意事項】

- 令和7年1月以降支給分については、ポータルサイトより閲覧・印刷してください。
ポータルサイトより印刷する環境がない場合と、令和6年以前支給分が必要な場合のみ、申請してください。
- 送付先は、在職者の方は事業所、任意継続被保険者の方は登録の住所になります。
下記の送付先住所は、退職者の方のみご記入ください。
在職者の方は、ご記入されても送付先は事業所になります。
- 申請者の身元の確認ができない場合（組合員以外の方）は、追加で書類の提出をお願いしますので、事前に下記の問い合わせ先までご連絡ください。

被保険者	記号番号	591-1	事業所名	トヨタ○○○株式会社	
	氏名	ツガナ ケンホ タロウ 健保 太郎		生年月日	H1年 6月 24日
申請者	氏名	ツガナ ケンホ ハナコ 健保 花子		続柄	該当するものに ✓をしてください。 <input type="checkbox"/> 本人 <input checked="" type="checkbox"/> その他（配偶者）
	電話	日中対応可能な連絡先をご記入ください。 ○○○-○○○○-○○○○			
送付先住所		退職者の方のみご記入ください。 〒			
交付理由		該当するものに✓をしてください。 <input type="checkbox"/> ポータルサイトより印刷する環境がないため <input checked="" type="checkbox"/> 令和6年以前支給分が必要なため			
交付を希望する給付金		該当するものに✓をしてください。 <input checked="" type="checkbox"/> 高額療養費・付加給付金 対象者（健保 花子） 続柄（配偶者） 診療年月 R6年 1月 ～ R6年 1月 <input type="checkbox"/> 療養費（治療用器具等） 対象者（ ） 続柄（ ） 診療年月 年 月 ～ 年 月 <input type="checkbox"/> 傷病手当金・出産手当金 支給対象期間 年 月 ～ 年 月 <input type="checkbox"/> その他（ ） 支給対象期間 年 月 ～ 年 月			

申請書送付先 問合せ先	トヨタ販売連合健康保険組合 〒461-0001 愛知県名古屋市中区東区泉1丁目23番36号 NBN泉ビル3F TEL：052-952-2678 FAX：052-961-3921
----------------	--