

健保組合 処理欄	受付年月日	年	月	日	常務理事	事務長	GL	係	係	
	資格取得日	年	月	日						
	資格喪失日	年	月	日						
	支給期間	自	年	月	日	支給額	法定給付	円		
		至	年	月	日		付加給付	円		
	日間						合計	円		
支払年月日	年	月	日							

豊田通商健康保険組合 御中

- 被保険者
 被扶養者

療養費支給申請書 (立替払等用)

被 保 険 者 情 報	被保険者証の	記号	番号	勤務先名称						
	フリガナ 氏名				生年月日					
	住所				電話番号					
					()					
<p>年 月 日</p> <p>① 給付金の受領は事業主に委任します。 ※任意継続被保険者は健康保険組合に届出された給付金振込口座に振込します。</p> <p>② 本療養費の支給決定に必要な内容について、貴組合が関係諸機関に照会することに同意します。</p> <p>③ 以下のとおり申請します。</p>										
申 請 内 容	受診者の	氏名		続柄	生年月日					
	傷病名			発病または 負傷年月日	年 月 日					
	診療を受けた 医療機関の	名称			医師の氏名					
		所在地								
	傷病の原因及び経過 (詳しく)									
	診療の内容									
	診療を受けた期間	年	月	日	から	年	月	日	日数	日
	上記の期間に入院 していた場合は その期間	年	月	日	から	年	月	日	日数	日
	療養に要した費用の額	円								
	療養費の 支給申請の理由	<p>該当するものにチェックをしてください。</p> <p><input type="checkbox"/> 入社して間もなく、被保険者証が届いていなかったため ※1</p> <p><input type="checkbox"/> 緊急やむを得ず受診し、被保険者証をもっていなかったため ※1</p> <p><input type="checkbox"/> 誤って他の保険者の被保険者証を使用したため ※2</p> <p><input type="checkbox"/> その他(理由:)</p>								
添付書類	<p>必要書類がすべてそろっているか確認してください。</p> <p><input type="checkbox"/> 診療報酬明細書(申請理由が※1の場合は病院※2の場合は他の保険者から受け取ってください)</p> <p><input type="checkbox"/> 領収書(原本)</p>									
注意事項	提出先	本人→健保								
	支給の時期	療養費の支給は、毎月20日(土日祝の場合は翌平日)までに審査が完了した申請を翌月10日(金融機関休業日の場合は前平日)に、事業所に支給します。※任意継続被保険者は、直接給付金振込口座にお振込みします。								
	支給決定通知書	支給月の10日頃からマイヘルスプラスにてダウンロードいただけます。 http://toyotsu.or.jp/kenpo/								