

健保組合 使用欄	受付日	年	月	日
	常務理事	事務長	担当	担当

豊田通商健康保険組合 宛

### 療養費支給申請書（立替払等）

被 保 険 者 情 報 欄	申請日		年	月	日		
	電話番号						
	記号	番号	生年月日				
	フリガナ		被保険者氏名				
委任状		① 給付金の受領は事業主に委任します。 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。 ③ 以下のとおり申請します。					
		被保険者住所 〒 被保険者氏名					
振込先		・委任した時は振込先の記入不要 ・任意継続被保険者は給付金振込口座にお振込みします					
		<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 信用金庫 <input type="checkbox"/> 信組 <input type="checkbox"/> 農協 <input type="checkbox"/> 本・支店 <input type="checkbox"/> 出張所 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座					
		<input type="checkbox"/> 座番号 <input type="checkbox"/> 座名義人 (カタカナ)					
申 請 内 容	受診者氏名		続柄		生年月日		
					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		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						
	診察を受けた期間		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		該当するものにチェックをしてください。 <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 <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 <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 <input type="checkbox"/> その他(理由: )					
添付書類		必要書類がすべてそろっているか確認してください。 <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) <input type="checkbox"/> 領収書(原本) ※生血液の輸血を受けたときは、診療報酬明細書ではなく、輸血証明書添付願います。					
注意事項		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。 <a href="http://toyotsu.or.jp/kenpo/">http://toyotsu.or.jp/kenpo/</a>					

◆申請ルート◆ 申請者→健保組合

※受診者ごとに診療月別、通院と入院別、医療機関、調剤薬局別に作成してください。