

健保組合 使用欄	受付日	年 月 日		
	常務理事	事務長	担当	担当

健康保険証に記載されている
番号をご記入ください

領収書1枚ごとに申請書が必要です

豊田通商健康保険組合 宛

記入例

療養費支給申請書（立替払等）

被 保 険 者 情 報 欄	保険証		フリガナ	ケンボ タロウ		申請日	2024 年 4 月 1 日		
	記号	番号	被保険者 氏名	健保 太郎		電話番号	〇〇〇-△△△-××××		
	1234	5678				生年月日			
	委任状		2024 年 4 月 1 日		<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成		1 年 6 月 1 日		
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 〒 〇〇〇-△△△△ 愛知県名古屋市中〇〇〇〇△△△△××××		被保険者氏名		健保 太郎			
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				
口座番号					口座名義人 (カタカナ)				
申 請 内 容	受診者氏名		健保 一郎		続柄	生年月日			
					長男	2019 年 5 月 5 日			
	傷病名		インフルエンザ		発病または 負傷年月日	2024 年 3 月 10 日			
	診療を受けた 医療機関		名称	〇〇〇総合病院		医師の氏名			
			所在地	〒					
	傷病の原因及び経過 (詳しく)		急に発熱したため、〇〇〇総合病院を受診したところインフルエンザと診断された。						
	診療の内容		検査・投薬						
	診察を受けた期間		2024 年 3 月 10 日 から 2024 年 3 月 10 日		日数	1 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		5,000 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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、輸血証明書を添付願います。							
		(金)							

子ども医療、障がい者医療などの助成を受けられる方、領収書等のコピーが必要な方は、
健保組合へ申請する前に必ずコピーをお取りください。原紙は返却いたしません

◆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。

2024年6月改