

健保組合使用欄	受付日	年 月 日	堂務理事	事務長	担当	担当
	申請区分	<input type="checkbox"/> 治療用 <input type="checkbox"/> 治療用 <input type="checkbox"/> 弾性着衣	健康保険証に記載されている 番号をご記入ください			

該当にチェックしてください

豊田通商健康保険組合 宛

記入例

療養費支給申請書（治療用装具）

治療用装具 治療用眼鏡等 弾性着衣

被保険者情報欄	申請日	2024 年 4 月 1 日						
	保険証	フリガナ	ケンポ タロウ			電話番号	〇〇〇-△△△-××××	
	記号	番号	被保険者氏名	健保 太郎			生年月日	
	1234	5678	氏名				<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成	1 年 6 月 1 日
委任状	2024 年 4 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-△△△△ 愛知県名古屋市中区〇〇〇△△△△×××× 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			
申請内容	受診者氏名	健保 一郎			続柄	生年月日		
					長男	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和	1 年 5 月 5 日	
	傷病名	右腕骨折			発病または 負傷年月日	2023 年 12 月 1 日		
	診療を受けた 医療機関	名称	〇〇〇整形外科			医師の氏名	いつ・どこで・どのようにして傷 病が発生したか記入	
		所在地	〒					
	傷病の原因及び経過 (詳しく)	自宅の階段で転倒した際に、右腕を強打し骨折						
	診療の内容							
	装着について 指示を受けた日	2024 年 3 月 20 日	装着日	2024 年 3 月 25 日				
	作成に要した費用 (領収書金額)	35,000 円	領収年月日	2024 年 3 月 25 日				
	障がい者手帳は お持ちですか？	<input checked="" type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ⇒ <u>【療養費申請の際に】</u> 障がい者手帳のコピーも添付してください。						
交通事故などの 第三者行為、 又は労災による 傷病ですか？	<input checked="" type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ⇒ <u>【療養の申請前に】</u> 豊田通商健康保険組合まで一度ご連絡ください。							
注意事項	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/						

◆申請ルート◆ 申請者→健保組合

2024年6月改