

健保組合 使用欄	支払年月日	令和 年 月 日			常務理事	事務長	係 長	係 員	
	支 払 額	法定給付	円						
		付加給付	円						
		合 計	円						
	診療日（購入日）	令和 年 月 日			費 用		円		
	計 算 式				被保険者資格取得日		年 月 日		
				申請者資格取得日		年 月 日			
備 考	入力No.								

健康保険

☐被保険者
☐家 族

療養費（マイナ保険証等不携帯による自費診療）支給申請書

◆ ボールペン（フリクション・鉛筆不可）で太枠内全てご記入の上、添付書類とあわせて提出ください。

被 保 険 者	記号番号	従業員No.	フリガナ	生 年 月 日	
	—		氏名	昭和 年 月 日 平成 年 月 日 令和 年 月 日	
被保険者の現住所	〒 TEL () -				
事 業 所 名	トヨタ紡織(株)	その他の事業所	所 属		
照 会 等 の 同 意	トヨタ紡織健康保険組合が、本療養費の支給に対し必要に応じ、担当医療機関、又は他の関係する所に対して、療養が行われた事実の有無や行われた、療養等の内容照会を行うこと、また当該関係機関が内容照会の回答をすることに同意します。				
申 請 者	フリガナ			生 年 月 日	被保険者との続柄
	氏名			昭和 年 月 日 平成 年 月 日 令和 年 月 日	
傷 病 名				発 病 又 は 負傷年月日	平成・令和 年 月 日 (負傷の場合は 時頃)
発病または負傷の原因	①病気				
	②ケガ ※負傷状況(どこで、何をしていたか)を詳しく記入ください				
確認事項 (該当に✓)	①負傷の原因は、第三者行為(交通事故・喧嘩等)のものですか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ②今回の傷病は、通勤途中又は業務中によるものですか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ③今回の申請者は医療助成受給者ですか？ (はいのときは④も記入) <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ④どんな医療助成を受けていますか <input type="checkbox"/> 乳幼児(子供)医療 <input type="checkbox"/> 障害者医療 <input type="checkbox"/> ひとり親家庭等医療 <input type="checkbox"/> その他()				
療養の給付を受けることができなかった理由	<input type="checkbox"/> 手続き中で被保険者証が届いていなかった為 <input type="checkbox"/> 緊急やむを得ず受診し、被保険者証を所持していなかった為 <input type="checkbox"/> その他()				
診療を受けた病院	名 称			医師名	
	所 在 地				
診療の内容					
診療の期間	令和 年 月 日から	日間	入院または通院の別	診療に要した費用	円
	令和 年 月 日まで		入院・通院		
給 付 金 振 込 先	1. 給付金の受領を委任するとき				
	委 任 状	私は上記給付金の受領を右記の者に委任します。			
		令和 年 月 日 被保険者氏名 (本人自署)			
		私は上記給付金の受領を左記の者より受任しました。 (受任者)			
	2. 振込先を指定するとき				
	注) 口座名義が被保険者名義でないときは法定相続人であることの証明として被保険者の戸籍（コピー可）を添付				
	金融機関名	支店名	預金種別	口座番号	フリガナ
			普通・当座		口座名義

※ 添付書類：領収明細書・診療報酬明細書(いずれも原本)

※ 提出経路：被保険者（請求者）→事業主・事業所担当者（TBはトヨタパーソナルサポート係 国内給与部）→健保組合

※ 問い合わせ先：トヨタ紡織健康保険組合 適用・給付グループ TEL (0566)26-0305 内線 811-3067

個人情報の保護について：この情報は健康保険の事業のみに使用し、その他の目的には使用致しません。