

健保組合使用欄	健保組合記入				係員
	備考	申請者資格取得日	年	月	日
					入力No.

健康保険 被保険者 家族 療養費支給申請書(あん摩・マッサージ・指圧用) (令和 ○○年 ○○月分)

◆ 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。

被保険者記入欄	被保険者	記号番号 ○○-○○○	従業員No. ○○○○○	フリガナ 氏名	被保険者氏名 生年月日	被保険者(従業員)の氏名、生年月日をご記入ください											
	事業所名	トヨタ紡織(株)	トヨタ紡織の従業員の方以外は、会社名を記入		所属	所属部署を記入											
	受療者氏名	フリガナ 氏名	生年月日		受療された方の氏名、生年月日、続柄(妻・長男・長女等)を記入												
	傷病名	医師の同意を受けた傷病名を記入			発症・負傷年月日	平成 令和	○○年 ○○月 ○○日										
	傷病の原因及びその経過	いつ・どこで・どのようにして傷病が発生したか記入															
	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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> いいえ ③トヨタ紡織健康保険組合が医療機関等の関係機関に対して、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。 令和 ○○年 ○○月 ○○日 住所 被保険者氏名(請求者氏名) 電話番号 自宅住所・被保険者名(従業員名)・連絡先を記入															
	施術に要した費用	※月単位(1日～月末までの合計金額)					○○○○	円									
	施術所名	施術所名を記入															
	施術を受けた期間	令和 ○○年○○月○○日 ~ 令和○○年○○月 ○○日 ○○日間															
	給付金振込先	1.給付金の受領を委任するとき 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) ○ ○ ○ ○ 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 <table border="1"> <tr> <td>金融機関名</td> <td>支店名</td> <td>預金種別</td> <td>口座番号</td> <td>フリガナ</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>普通・当座</td> <td></td> <td>口座名義</td> </tr> </table> 事業所で証明します書類提出先にご注意下さい							金融機関名	支店名	預金種別	口座番号	フリガナ			普通・当座	
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(全て原本)

- 施術に要した費用の領収書(原本)
- 医師の同意書(原本もしくは写し) ※1. 2
- 施術内容証明書
- 施術報告書 ※3

※1 初回、及び有効期間(6ヶ月)を超えて引き続き申請する場合、医師の診察を受けた上で交付された『医師の同意書』原本を添付
ただし、「変形徒手矯正術」については、同意書の有効期間は1ヶ月とされており、申請の都度必ず同意書(原本)の添付が必要

※2 医師の同意書の有効期間内における2回目以降の申請時には、『医師の同意書』(写)を添付

※3 施術報告書交付料の申請がある場合のみ、施術者より記入を受けた「施術報告書(写)」を添付

※ 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(株) 国内給与部)→健保組合 (任意継続の方は直接健保へ)

※ 問合せ先:トヨタ紡織健康保険組合 適用・給付G 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。