

健康 保 使 用 欄	資格取得日	昭和 平成 令和	年 月 日	資格喪失日	平成 令和	年 月 日	常務理事	事務長	係長	係員	
	支払合計額	健保組合が記入								・ 非該当	
	標準報酬										
	家族高額療養費										
	家族療養付加金										
	備考										

記入例

(0歳～15歳まで)被扶養者

- 家族高額療養費
- 家族療養費付加金

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。

被保険者証	保険証記号番号	従業員 No.	フリガナ	〇〇〇〇 〇〇〇〇	生年月日
	保険証を確認して 記入してください	〇〇〇〇〇〇	氏名	〇〇 〇〇	昭和 平成 令和 〇〇 年 〇 月 〇 日
被保険者の現住所	被保険者（従業員）の郵便番号、住所、電話番号を記入してください				
事業所名	トヨタ紡織(株)	その他の事業所 トヨタ紡織株の従業員の方以外は、会社名を記入してください			
所属	所属をご記入ください			室・課	係・G
療養を受けた者の氏名	療養を受けた方の氏名をご記入ください				
療養を受けた者の生年月日	療養を受けた方の生年月日をご記入ください		平成・令和	年 月 日	平成・令和
被保険者との続柄	長男、長女など続柄をご記入ください				
療養を受けた医療機関名称	療養を受けた医療機関名をご記入ください				
療養を受けた期間 <small>(平成・令和 年 月 診療分)</small>	療養を受けた期間をご記入ください		令和	年 月 日 ~	令和
			令和	年 月 日 まで	令和
入院・通院 区分	入院 ・ 通院		← 該当に○付けてください		入院 ・ 通院
領収書金額	領収書金額をご記入ください				
お住まいの市町村の 子ども医療助成について	お住まいの市町村の医療助成内容 と 今回申請する給付金に ○付けてください <small>（歳までの為、この申請では高額療養費の付加金や、同様の申請をしない高額療養費の付加金のみを請求します。）</small>				
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。 令和〇〇年〇〇月〇〇日 被保険者氏名 (本人自署) 〇〇 〇〇		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) 事業所が記入	
2. 振込先を指定するとき <small>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を証明として被保険者の戸籍(コピー可)</small>					
金融機関名		支店名	預金種目	口座番号	フリガナ
			普通・当座		口座名義

【支給基準】 同じ人が同じ医療機関(総合病院では診療科ごと)又は調剤薬局ごと、かつ入院・通院別で1ヶ月に21,000円以上の自己負担をした場合。(窓口負担とは保険適用分のみで、入院時の食事代や保険適用外のものは含みません。)

【申請方法】 この申請書に医療機関領収書(原本)を添付し、1ヶ月単位で申請をして下さい。

【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) 略称: TPSC 国内給与部) → 健保組合

【支給時期】 申請書受付後、医療機関からの診療報酬明細書(受診月の2ヶ月後に健保へ到着)を確認した後、上記振込先へお支払いします。

【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 811-3045