

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書(立替払等)

1

2

被保険者(申請者)記入用

提出日 年 月 日

被保険者 申請者 情報	記号(※) 番号	生年月日 年 月 日
	被保険者証の	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和
	事業所名(会社名)	所属 室・課
	氏名 (フリガナ)	
	住所 (〒 -) 都 道 府 県	
電話番号(日中の連絡先)	自宅 ()	携帯 ()

振込先 指定口座 (被保険者名義)	金融機関名称 (ゆうちょ銀行以外)	銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他 ()	本店 支店 出張所 本所 支所
	預金種別	口座番号	左づめでご記入ください。
	口座名義	▼カタカナ(姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(°)、半濁点(°)は1字として左づめでご記入ください。)	

提出ルート 被保険者(申請者) ⇒ 健保組合

「申請者記入用」は2ページに続きます。>>>

(*)
 【被保険者のマイナンバー記載欄】
 ・被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です
 ・マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認(免許証等コピー)をするための 添付書類(マイナンバー通知カードのコピー、免許書等のコピー)が必要です。

注: マイナンバーを記入した申請書の提出は、社内メール時は「重要メール」、郵送時は「書留」等、記録を残せる方法にてご提出ください。

受付	入力	支払
----	----	----

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書(立替払等)

1

2

被保険者(申請者)記入用

被保険者氏名

申請内容	1 受診者	<input type="checkbox"/> 1. 被保険者 2. 家族(被扶養者)		
	1 - ①家族の場合はその方の	氏名	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日
	2 傷病名			3 発病または負傷年月日 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日
	4 発症の原因及び経過(詳しく)	(原因および経過)		
	5 申請傷病名について	5-① 業務上の傷病・通勤災害によるものですか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 5-② 第三者行為によるものですか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
	6 診療を受けた医療機関等の	名称	所在地	診療した医師等の氏名
		名称	所在地	診療した医師等の氏名
	7 診療を受けた期間	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 から 年 月 日 まで	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 から 年 月 日 まで	日数 日
	7 - ①上記の期間に入院していた場合は、その期間	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 から 年 月 日 まで	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 から 年 月 日 まで	日数 日
	8 療養に要した費用の額	_____ 円		
9 診療の内容				
10 療養費の支給申請の理由	<input type="checkbox"/> 1. 入社して間もなく、被保険者証が届いていなかったため 2. 緊急やむを得ず受診し、被保険者証を持っていなかったため 3. 誤って他の保険者の被保険者証を使用したため 4. その他 (理由) _____			

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書(立替払等) 家 族

注意事項

※記号欄は 10=豊田合成 11=健保 12=一榮工業 13=TGウェルフェア 14=TGメンテナンス 15=TGロジスティクス 18=TG SPORTS
30=TGテクノ 31=TGAP 32=ティーンズ・オブ・シート 34=豊田合成東日本 35=豊田合成九州 40=豊田合成日乃出
41=海洋コム 50=豊信合成 90=任意継続

《申請条件》

- (1) 被保険者証の交付を受ける前に病気になって、被保険者又は被扶養者の資格があることを証明できないため
自費で診療を受けたとき
- (2) 山間、へき地等で近くに保険医療機関がないとき、また、天災地変のため保険医療機関が利用できないとき

《申請不可》

- (1) 業務上の傷病や通勤途上での災害(会社の労災保険で申請)の場合
- (2) 交通事故やケンカ等で加害者がいる場合

《注意事項 : 権限・権利の代位取得、時効》

- (1) 豊田合成健康保険組合は、必要事項応じて文書の提出を求めることができる
- (2) 負傷の原因が第三者によるものであるときには、別に「第三者行為による傷病届」の提出が必要です
- (3) 豊田合成健康保険組合は、第三者行為による事故の保険給付をしたときはその給付額の限度において
損害賠償の権利を取得する。また、損害賠償を受けた者には保険給付はしない(免責)
- (4) 請求権の時効は、費用を支払った日の翌日から起算して2年です

《添付書類 : 全て原本を添付》

- (1) 診療報酬明細書(レセプト)
- (2) 領収明細書