

- 被保険者  
被扶養者

## 療養費 支給申請書

( 10割負担したとき  
資格喪失後受診 )

資格情報を確認できるものを持たずに受診し全額支払った時や、前保険資格喪失後に前の資格情報で受診された時に提出してください。

資格情報			
氏名			
記号-番号	—	電話番号	電話番号は日中連絡可能な連絡先
受診者氏名	続柄 ( )	受診者 生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和 ( ) 歳
傷病名		発病または 負傷年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和
発病・負傷の 直接の原因 (どこで・どのように)	※詳しく記入をお願いします。 原因が判断できない場合は「不詳」と記入してください。	診療または 手当を受けた 期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで ( )日間
		療養に 要した費用 (領収書金額)	円
障がい者手帳は お持ちですか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ⇒ <b>【療養費申請の際に】</b> 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 type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ⇒ <b>【療養費の申請前に】</b> トヨタ車体健康保険組合まで一度ご連絡ください。		
被保険者名義の 給付金振込先	給与口座へ振り込みますので、給付金振込先の記入は不要です (但し、任意継続の方は、加入時に申告いただいた口座へ振込みます)		

【添付が必要な書類】 すべて原本でご提出ください。

- 領収書  
 診療報酬明細書 (レセプト)

《提出先》 トヨタ車体健康保険組合

2024.12月改定