

受付年月日	年	月	日
同年月日	年	月	日
決裁年月日	年	月	日
支給額	円		
支給期間	自	年	月
	至	年	月
	日間		

支給支払決議書			
理事長	常務理事	事務長	担当者
資格取得	年 月 日		
資格喪失	年 月 日		
支払年月日	年 月 日		

被保険者
被扶養者

療養費支給申請書

千葉トヨタ健康保険組合 理事長殿

被保険者（本人）について

被保険者証	記号	番号	事業所名	T・N・L・R・S・I・J
		—	所属	
申請日	<input type="checkbox"/> 令和 <input type="checkbox"/> その他（ ） 年 月 日		氏名	
住所			電話番号	
振込指定口座 (給与口座)	銀行	支店	普通 ・ 第 当座	号

受診者について

受診者	被保険者（本人）		被扶養者（家族）		→続柄
被扶養者に関する申請の時	氏名		生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日
診療又は手当に要した費用の額	金	円也	診療の内容		
療養費の支給申請の理由	1 緊急やむを得ず受診し、保険証を持参しなかった為 2 入社して間もなく受診し、保険証を持参しなかった為 3 治療用装具を作成した為 4 9歳未満の小児が弱視等の治療用眼鏡等を作成した為（第 回目） 5 その他[]				

傷病・病院等について

傷病名	発症又は負傷年月日	<input type="checkbox"/> 令和 <input type="checkbox"/> その他（ ） 年 月 日	
発病又は負傷の原因			
傷病の経過			
診療又は手当を受けた医療機関情報	医療機関名称		医師 氏名
	所在地	〒	
	電話番号		
診療期間	<input type="checkbox"/> 令和 <input type="checkbox"/> その他（ ） 年 月 日		<input type="checkbox"/> 令和 <input type="checkbox"/> その他（ ） 年 月 日
	～		～
入院期間	<input type="checkbox"/> 令和 <input type="checkbox"/> その他（ ） 年 月 日		<input type="checkbox"/> 令和 <input type="checkbox"/> その他（ ） 年 月 日
	～		～
装具等の装着について指示を受けた日	<input type="checkbox"/> 令和 <input type="checkbox"/> その他（ ） 年 月 日	装具装着日	<input type="checkbox"/> 令和 <input type="checkbox"/> その他（ ） 年 月 日

第三者の行為による負傷であるとき

その事実と届出の有無	加害者の氏名	
	加害者の住所	〒

注意事項

- ・診療明細書を添付してください。（ない場合は資料「領収（診療明細書）」に医師からの証明を受けてください）
- ・輸血及びコルセット等治療用装具に関する申請のときは、「医師による証明書」のほかこれに要した費用の「領収書」を添付してください。
- ・靴型装具に関する申請の時は、写真の添付が必要です。
- （1）治療用装具の全体像が確認できる写真であること。（2）付属部品等も含めて購入したすべての治療用装具が撮影されていること。（3）中敷き等（靴に挿入するタイプの装具）がある場合は、靴から取り出した状態で撮影されていること。（4）ロゴやタグ（サイズ表記）がある場合は、ロゴやタグが撮影されていること。）