

療 養 費 支 給 申 請 書
家 族 療 養 費

（東日本大震災対応）

電話		電話	
事業主(所) 健保責任者	事業主(所) 健保担当者	所属上長	庶務係

常務理事	事務長	グループ長	主務者	担当者

事業主(所)記載欄 適用事業所記号		

(注意事項)

1. 在職中の方は、事業主経由で支払いますので委任状をご記入ください。資格喪失者退職者は、健保から直接銀行振込しますので、退職日・振込先被保険者名義をご記入ください。
2. 診療年月が特退・任継加入期間中の場合は、保険料の引き落とし口座へ振込しますので、振込先欄は記入不要です。
3. 本申請は患者別・医療機関別・入院・外来別・医科・歯科・薬局別で、ひと月毎にまとめて作成してください。
4. 外傷性疾患で、その原因が相手のいない事故の場合は「傷害事故届」・相手がいる場合は「第三者行為による傷病届」を必ず提出してください。
5. 罹災証明書(写し)を添付してください。

申 請 者 記 載 欄	会 社 名	被保険者証						被保険者氏名																
	所 属	記 号		番 号				生年月日 S・H 年 月 日																
	申請が被扶養者に 関 する と き	氏 名				生年月日	S・H・R 年 月 日	被保険者との 続柄(詳細に)																
	傷 病 名					発病または負傷 の 年 月 日	H・R 年 月 日																	
	発病または負傷 の原因(詳しく)					受 診 し た 医 療 機 関 名																		
	診 療 期 間	R 年 月 日 ~ R 年 月 日 (日間)																						
	診療に要した 費 用 の 額					円	●領収書原本を添付してください。 ●領収書は返却しません。																	
	給付を受けることが できなかった理由	一部負担金等免除証明書の受け取り前で、医療機関等の窓口に表示できなかったため																						
	第三者行為が原因の傷病 の場合はその加 害 者	住 所																						
欄	給 付 金 受 取 方 法 (注意事項1・2参照)	この申請に基づく給付金の受領を事業主に委任します。																						
		A.会社経由での支給 * 在職中の方は会社経由		【委任状】		令和 年 月 日 被保険者氏名																		
		B.個人への直接支給 * 退職(予定)者のみ可		退職者用 【振込先】	ゆうちょ銀行不可		銀行		支店		普通・当座													
		【退職日】 H・R 年 月 日			口座 番号			フリガナ																
								名義人																
上記のとおり申請します。 令和 年 月 日																								
〒 住所 被保険者 氏名 電話 東芝健康保険組合 御中																								

組 合 記 載 欄	支 給 決 定 額		支 払 先 コー ド	支 給 年 月 日
	本人・家族 療養費	円		令和
	付 加 金	円		
	高 額 療 養 費	円	(備考欄)	
	入院食事療養費	円		
	合 計	円		

※ 本届に記載した個人情報については、ホームページ等に掲載の利用目的以外には使用いたしません。