

療 養 費 支給申請書
家族療養費

（東日本大震災対応）

該当する方に○印をつける

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
事業所の健保責任者・担当者が記名する(押印可)		職場に提出の場合、受取の確認のために記名する(押印可)	

常務理事	事務長	グループ長	主務者	担当者

（注意事項）

事業主（所）記載欄 適用事業所記号
事業所の健保担当者 が記入願います

5. 東芝健康発行の「健康保険一部負担金等免除証明書」(写)を添付してください。

4. 外傷性疾病で、その原因が相手のいない事故の場合は「傷害事故届」を相手がいる場合は「第三者行為による傷病届」を必ず提出してください。

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、ひと月毎にまとめて作成してください。

2. 診療年月が特選・任継加入期間の場合は、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。

1. 在職中の方は、事業主経由で支払いますので委任状を記入してください。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記入してください。

申 請 者 記 載 欄	会 社 名	東芝〇〇(株)		被保険者証		被保険者氏名			
	所 属	〇〇部〇〇課	記 号	番 号		東芝 太郎			
			1 0 0 1 2 3 4 5 6 7	生年月日		S・H・XX年XX月XX日			
	申請が被扶養者に 関 する と き	氏 名	東芝 花子		生年月日	S・H・RXX年XX月XX日		被保険者との 続柄(詳細に)	妻
	傷 病 名	右足首捻挫		発病または負傷 の 年 月 日	H・R XX年XX月XX日				
	発病または負傷 の原因(詳しく)	階段を踏み外したため		受 診 し た 医 療 機 関 名	△△病院				
	診 療 期 間	R XX年XX月XX日～R XX年XX月XX日 (XX日間)							
	診療に要した 費 用 の 額	25,000 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	医療機関等に「一部負担金等免除証明書」を提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							
		氏 名							
	給 付 金 受 取 方 法 (注意事項1・2参照)	A.会社経由での支給 *在職中の方は会社経由		【委任状】		この申請に基づく給付金の受領を事業主に委任します。			
		B.個人への直接支給 *退職(予定)者のみ可 【退職日】 H・R 年 月 日		退職者用 【振込先】	ゆうちょ銀行不可	銀行	令和 XX年XX月XX日 被保険者氏名 東芝 太郎		
			口座 番号			名義人	支店		
							在職者は委任状に記名が必要 (振込先の記入は不要)		
上記のとおり申請します。									
〒999 - 9999 令和 XX年XX月XX日									
住所 神奈川県川崎市〇〇区△△町××番地									
被保険者 氏名 東芝 太郎									
電話 XXX - XXX - XXXX									
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	(備考欄)	令和
	付 加 金	円		
	高 額 療 養 費	円		
	入院食事療養費	円		
	合 計	円		