

療養費（法定・付加）支給申請書

トヨタ自動車健康保険組合理事長殿

コード

申請者の方は太枠内をすべて記入してください。
未記入欄がある場合、支給が遅れることがあります。

保険証の 記号番号	記号	番	号	①傷病者
				<input type="checkbox"/> 被保険者（本人） <input type="checkbox"/> 被扶養者（家族） 被扶養者（家族）の場合は②を記入
被保険者 （従業員） 氏名				②被扶養者（家族）の氏名・生年月日・続柄
生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日			氏名 続柄
連絡先	〒			生年月日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日
	電話（ ） —			③発病または負傷年月日
	E-mail			<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日
	社内区分			④傷病名
職 場	部			⑤直接の傷病原因
	課室			<input type="checkbox"/> 交通事故・労働災害・通勤災害 <input type="checkbox"/> その他 その他の場合は⑥原因を記入
	係組			⑥原因（どこで・どのように※原因が特定できない場合は不詳と記入）
電話（ ） —				

↓被保険者（従業員）口座を記入 ※被保険者以外の口座振込を希望する場合は、委任状（健保HPに掲載）を記入・添付ください

振込先	<input type="checkbox"/> 銀行	支店	種別	<input type="checkbox"/> 普通	口座番号				
	<input type="checkbox"/> 信用金庫		<input type="checkbox"/> 当座	口座名義（被保険者（従業員）名義）					
	<input type="checkbox"/> 農協		カタカナで記入						
	<input type="checkbox"/> 労働金庫		金融機関番号	店番号					

申請区分	提出書類
申請月（令和 年 月分）	
※1ヶ月の施術に対し、1枚の「療養費（法定・付加）支給申請書」が必要	
<input type="checkbox"/> はり・きゅう	<input type="checkbox"/> 領収書（原本） <input type="checkbox"/> 医師の同意書（原本もしくは写し） <input type="checkbox"/> 療養費支給申請書（はり・きゅう）（原本） <input type="checkbox"/> 施術報告書（写し）
<input type="checkbox"/> あんま・ マッサージ	<input type="checkbox"/> 領収書（原本） <input type="checkbox"/> 医師の同意書（原本もしくは写し） <input type="checkbox"/> 療養費支給申請書（あんま・マッサージ・指圧）（原本） <input type="checkbox"/> 施術報告書（写し）
■領収書・医師の証明は返却いたしません。 自治体へ医療助成のご申請等で 必要な方はご提出前に 各自でコピーをとってください。	

組合処理欄					
病類コード					
施術年月					
施術期間					
					～
給付対象額					
					日間
入通院区分					
	2				

送付先・問い合わせ先
トヨタ自動車健康保険組合 給付グループ 外線：(0565) 280153 内線(811) 6-0561
【郵便】〒471-0832 愛知県豊田市丸山町6丁目22番地 【社内便】区分：健保

□提出書類

領収書	<ul style="list-style-type: none"> ・領収書（原本） 全額自己負担額の記載、施術を受けた方の氏名（フルネーム）、 施術日、領収印のあるもの 						
医師の同意書	<ul style="list-style-type: none"> ・初療、および、6ヶ月を超えて引続き施術が必要な場合は、医師の同意書が必要。 ※必ず、保険医の診察の上、文書の交付を受けてください。 ・変形徒手矯正術は、毎月、医師の同意が必要。 ・同意を得ていない場合は給付できません。 ・同意書の有効期間 <table border="1" data-bbox="491 555 1209 685"> <thead> <tr> <th>同意日</th> <th>同意書の有効期間</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1日から15日</td> <td>同意月の5ヶ月後の末日まで</td> </tr> <tr> <td>16日から月末</td> <td>同意月の6ヶ月後の末日まで</td> </tr> </tbody> </table> ・再同意の際、施術報告書の交付を求め、交付料を請求する場合、 写しの添付が必要です 	同意日	同意書の有効期間	1日から15日	同意月の5ヶ月後の末日まで	16日から月末	同意月の6ヶ月後の末日まで
同意日	同意書の有効期間						
1日から15日	同意月の5ヶ月後の末日まで						
16日から月末	同意月の6ヶ月後の末日まで						
療養費支給申請書	<ul style="list-style-type: none"> ・はり師、きゅう師、あんま・マッサージ指圧師が記入すること。 						
施術継続理由・ 状態記入書	<ul style="list-style-type: none"> ・初療の日から1年以上経過しており、1ヶ月間の施術回数が 16回以上の場合は、「施術継続理由・状態記入書」も必要。 						

□書類の返却

<ul style="list-style-type: none"> ・ご提出いただいた書類（原本）は、<u>返却いたしません</u>。 子ども、障がい、母子父子家庭等の市町村医療費助成を受けている方は、申請に必要な書類 を確認の上、コピーをとり、お手元に保管してください。
--

□申請者への注意事項

支給時期	<ul style="list-style-type: none"> ・医療機関との併用受診確認等の審査を行うため、請求月の4ヶ月 以降に支給となります。 審査の結果により、一部または全額不支給となる場合があります。 予めご了承ください。
支給日	<ul style="list-style-type: none"> ・毎月5・15・25日 (支給日が土日祝日の場合は、その前日。長期連休中の場合は、別に定める日)
要連絡の事項	<ul style="list-style-type: none"> ・交通事故、通退勤中、業務中の傷病の場合、書類をご提出いただく 前に、すみやかに健康保険組合までご連絡ください。 連絡先：医療保険室レセプトG事故担当（0565）28-0153
書面内容の確認	<ul style="list-style-type: none"> ・医療機関や施術所等に対し、支給決定に必要な情報の提示及び 照会を行う場合があります。予めご了承ください。
受給を受ける 権利の時効	<ul style="list-style-type: none"> ・2年（時効起算日は施術料を支払った日の翌日）