

医療費助成制度該当届（新規・変更・終了）

トヨタ自動車健康保険組合 理事長殿

提出日： 年 月 日

被保険者 (従業員)	保険証の 記号番号	記号		番号					
	氏名及び 生年月日	フリガナ	日中、連絡の取れる電話番号						
助成対象者	氏名及び 生年月日	フリガナ	昭和・平成・令和					続柄	
			年 月 日						
	受給制度	制度名称 該当する項目に チェック をしてください	<input type="checkbox"/> 母子・父子家庭医療費助成 <input type="checkbox"/> 心身障がい者医療費助成 <input type="checkbox"/> 小児慢性特定疾病医療費助成 <input type="checkbox"/> 精神通院医療費助成 <input type="checkbox"/> 指定難病医療費助成 <input type="checkbox"/> その他（ ）						
		受給者番号							
	発行機関 (都道府県・市区町村)	都 道		市 区		町 村			
		府 県		郡					
届出内容	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 変更 <input type="checkbox"/> 終了								
助成期間	平成・令和 年 月 日 ~ 平成・令和 年 月 日								
助成内容	医療機関窓口での支払い	有 ・ 無 (有の場合、次の項目をご記入ください)							
	通院	<input type="checkbox"/> 負担なし <input type="checkbox"/> 1割負担 <input type="checkbox"/> 2割負担 <input type="checkbox"/> 3割負担 <input type="checkbox"/> その他（ ）							
	入院	<input type="checkbox"/> 負担なし(食事代は除く) <input type="checkbox"/> 1割負担 <input type="checkbox"/> 2割負担 <input type="checkbox"/> 3割負担 <input type="checkbox"/> その他（ ）							
トヨタ自動車健康保険組合の還付金給付過誤を防止するため、 自治体に医療費助成内容について確認をとることに同意します。					被保険者(従業員)氏名をご署名ください。				

トヨタ自動車健康保険組合に提供された該当者の個人情報については、還付金の受給過誤を防止する目的以外に使用することはありません。

添付書類	自治体発行の「受給者証」または「医療証」の写し(表・裏) ※証書の名称は自治体により異なります。
注意事項	医療費助成とトヨタ健保からの還付金(高額療養費・付加金)が重複していたことが判明した場合 還付金を返金していただきますのであらかじめご了承ください。
提出先 問合せ先	【提出ルート】 本人→トヨタ健保 〒471-0832 愛知県豊田市丸山町6-22 トヨタ自動車健康保険組合 医療保険室 レセプトG 外線(0565)28-0153 社内線(811)6-0561

2022.12

下記を封筒に貼り付けて、宛名としてご利用ください

【郵便用】 〒471-0832
愛知県豊田市丸山町6丁目22番地
トヨタ自動車健康保険組合
医療保険室 レセプトグループ 宛

【社内使用】
区分: 健保
トヨタ自動車健康保険組合
医療保険室 レセプトグループ 宛

《 添付書類 》

自治体発行の「受給者証」または「医療証」の写し(表・裏)をのり付け(ホチキス可)してください。

添付欄

添付欄