

健康保険 医療費(調剤費) 還付金請求書

トヨタ自動車健康保険組合 理事長殿					申請日:令和 年 月 日				
被保険者 (従業員)	保険証等の 記 号 番 号	記 号		番 号					
	氏 名 及 び 電 話 番 号	(フリガナ)			職 場				
					自 宅 または 携 帯				
受診者	氏 名 及 び 生 年 月 日	(フリガナ)			昭 和 平 成 令 和	年	月	日	続 柄
	住 所	〒 ー							
	診 療 年 月 (1ヶ月単位)	平成 年 月 診療分(調剤分)							
領収書の返却希望		☐ 希望する ☐ 希望しない							

添付書類	①医療機関の領収書(原本) ※院外処方がある場合、 調剤薬局の領収書(原本)も必要 です。 ※領収書の返却希望欄で「希望しないを選択」又は「未記入」の場合は領収書の返却はいたしません。 ②医療費受給者証(写し)等 受給者証をお持ちでない方は理由をご記入ください。 【 ☐ 所得制限等により助成対象外 ☐ 返納したため ☐ その他 () 】
申請対象者	下記のいずれかに該当し、還付金が自動還付されなかった方 ①高校生世代(18歳に達した日以後の最初の3月31日)までの方 ②公費該当により医療費助成を受けている方(障がい・ひとり親家庭・指定難病など)
支給基準	保険診療分の医療機関での窓口支払額が20,000円を超えた場合が還付対象 →還付金額＝窓口支払額－20,000円(100円未満切捨) ※窓口支払額は1人・ひと月(1日～末日の受診)・医療機関単位かつ、入院・外来・歯科単位で算出 ※院外処方の場合、医療機関＋調剤薬局の窓口支払額を合算して算出 ※特定疾病受療証をお持ちの方は自己負担限度額＋100円以上が還付対象 ※保険診療外(食事代・差額ベッド代など)は還付対象外
支給時期	受診月の4ヶ月目以降 に給与組入れ(任意継続の方は登録口座に振込)
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

健保処理欄						
[限度額使用] 無・有 (円)		[長期療養] 無・有 (上限: 一般・上位)		[世帯合算] 無・有	[多数該当] 無・有	[院外合算] 無・有
[総点数] 点	[負担割合] 7割・8割	[区分] 入院・通院(調剤)	[所得区分] アイウエオ	[区分] 障がい・子ども・ひとり親	[高額] 円	[付加] 円

令和7年2月 改訂

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