

※裏紙使用禁止・A4印刷限定・修正液、修正テープ禁止（修正は修正箇所を二重線で消し、記入）

送付先	社内便の場合	TOTO株式会社 本社 TOTO健康保険組合 宛
	郵送の場合	〒802-8601 福岡県北九州市小倉北区中島2-1-1 TOTO健康保険組合 宛
問合せ先	電話番号	(内線)7-11-2182 / (外線)093-951-2182

健康保険 療養費支給申請書

◆下記事由に該当する場合は、本申請書と併せて添付資料（★）をご提出ください。

- ・医師の指示により、治療用の装具を購入、装着した場合や、9歳未満の小児が小児弱視等の治療を目的としてメガネ等を購入した場合
- ・病院等を受診時に保険証を持参せずに、全額自己負担した場合 など

※退職者（記号：105）の方は、社員番号は記入不要

被 保 険 者	保険証の 記号・番号	記号	番号	社員番号	連絡先	(内線) - -	(外線) - -
	氏名	(フリガナ)			住所	〒 -	

対 象 者	対象者 氏名	(フリガナ)			対象者 生年月日	<input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令	年	月	日	被保険者との 続柄	<input type="checkbox"/> 被保険者本人 <input type="checkbox"/> 家族(被扶養者)			
	負傷又は 発病日	令	年	月	日	診療を 受けた 医療機関	<名称>							
	傷病名						<所在地>							
	受診の 区別	<input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 入院	診療期間 (装着日)	令	年	月	日	～	令	年	月	日	診療等に 要した費用	円
	負傷 又は 発病の 状況等	負傷した 時間帯	<<ケガの場合>> <input type="checkbox"/> 勤務中 <input type="checkbox"/> 休憩時間中 <input type="checkbox"/> 通勤途中 <input type="checkbox"/> 通学途中 <input type="checkbox"/> 私用 <input type="checkbox"/> その他()											
		負傷場所	<input type="checkbox"/> 会社内 <input type="checkbox"/> 学校内 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 路上 <input type="checkbox"/> その他()											
		負傷した 原因	<input type="checkbox"/> 交通事故(<input type="checkbox"/> 被害・ <input type="checkbox"/> 自損・ <input type="checkbox"/> 加害) <input type="checkbox"/> スポーツ中 <input type="checkbox"/> 暴力(ケンカ) <input type="checkbox"/> 慢性的 <input type="checkbox"/> 動物による負傷(飼い主: <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無) <input type="checkbox"/> その他()											
		負傷原因の 詳細	()					発病原因の 詳細	()					
	傷病の原因は第三者行為 (交通事故・けんか等)に よるものか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	→ "はい"の場合 相手方の 氏名・住所	<氏名>		<住所>								
	申請理由 および 添付資料 (★)	申請理由					添付資料 (★) ※原本のみ							
<input type="checkbox"/> 治療用装具、小児治療用眼鏡等を作成したため					<input type="checkbox"/> 医証(作製指示書) <input type="checkbox"/> 領収書 <input type="checkbox"/> 見積書 <input type="checkbox"/> 請求書 ※見積書・請求書の発行が無い場合は不要 <input type="checkbox"/> 専用台紙(靴型装具作製の場合のみ)									
<input type="checkbox"/> 保険証を受け取る前もしくは持っていなかったため					<input type="checkbox"/> 診療報酬明細書 <input type="checkbox"/> 領収証									
<input type="checkbox"/> 誤って以前の保険証を使用したため					<input type="checkbox"/> 診療報酬明細書 <input type="checkbox"/> 領収証									
<input type="checkbox"/> その他 ()					事前にTOTO健康保険組合までご連絡ください									

「健保使用欄」

受付日

対象 確認 割合	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 取得中 <input type="checkbox"/> 喪失済	給付 種類	<input type="checkbox"/> 装具 <input type="checkbox"/> 立替 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 初回・ <input type="checkbox"/> 補修 <input type="checkbox"/> 再支給→前回:	年	月	日	/ 耐用年数:	年	
負担 割合	<input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 未就学 <input type="checkbox"/> 高齢2割 <input type="checkbox"/> 高齢3割	計算 基礎	<input type="checkbox"/> 入院・ <input type="checkbox"/> 外来							円
支給額										