

※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（臍帯血・臓器等の搬送費用）

◆本申請書と併せて添付資料として、搬送費用の領収書およびその明細の分かるもの（いずれも原本）を必ずご提出ください。

※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	<input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令 <input type="checkbox"/> 不明	年	月	日	負傷・発病の原因					
	傷病名										
	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>						
	診療を受けた医療機関	<名称>									
	<所在地>										
搬送期間	令	年	月	日	～	令	年	月	日	搬送に要した費用	円

医師又は歯科医師による証明	患者氏名			患者生年月日	<input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令	年	月	日				
	傷病名											
	搬送期間	令	年	月	日	～	令	年	月	日	搬送に要した費用	円
	搬送の方法 区間 回数											
	搬送を必要とした理由	※症状等を具体的に記入ください。また、付添人があった場合は、その付添人を認めた人数、理由を記入ください。										
上記のとおり相違ないことを証明する。												
令和 年 月 日 医療機関等 所在地 :												
医療機関等 名称 :												
医師 氏名 :												

「健保使用欄」
受付日

対象確認	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 取得中 <input type="checkbox"/> 喪失済	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		支給額		円
------	--	------	---	------	--	-----	--	---