

記入見本

療養費支給申請書 【保険証を使用せずに、全額自己負担された場合】

◆本申請書および添付資料は、1ヶ月ごと、受診者ごと、医療機関ごと、外来・入院ごとに1枚ずつご提出ください。

1 記号・番号は保険証に記載されています。



2 傷病名および受診された医療機関をご記入ください。

3 TOTO健康保険組合の保険証を使用せずに全額自己負担で診療を受けた期間もしくは、以前の保険証を使用し、診療を受けた期間をご記入ください。

4 ③の診療期間に対する領収書に記載されている金額をご記入ください。

5 該当する項目に☑および負傷・発病原因の詳細をご記入ください。

6 該当する申請理由に☑を行い、添付資料をご準備ください。
本申請書を送付される前に、添付資料にモレがないかご確認の上、☑を行ってください。

※療養費の給付決定後に自治体の医療費助成申請のために『給付金決定通知』が必要な場合は、TOPASサブより印刷が可能です。(ご退職・休職中の方には健康保険組合より支給決定後、送付いたします)

※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

保険証の記号・番号	記号 100 1 99999	社員番号	TO×××××	連絡先	(内線) 7 - ×× - ××××
氏名	(フリガナ) トノウ タロウ 東陶 太郎	住所	〒 802 - ×××× 北九州市小倉北区中島2丁目×番×号		
対象者氏名	(フリガナ) トノウ ハチコ 東陶 花子	対象者生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭平 1 年 2 月 1 日	<input type="checkbox"/> 被保険者本人 <input checked="" type="checkbox"/> 続柄 <input type="checkbox"/> 家族(被扶養者)	
傷病名	急性胃腸炎	診療を受けた医療機関	××総合病院 北九州市小倉北区大手町×丁目×番×号		
受診の区別	<input checked="" type="checkbox"/> 外来	診療期間(装着日)	令 4 年 1 月 10 日	3	診療等に要した費用 4 ,○○○円
対象者	負傷日	令 年 月 日	発病日	令 4 年 1 月 10 日	
	負傷又は発病の状況等(該当する場合のみ)	<input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 午前 時 分(頃) <input type="checkbox"/> 午後 時 分(頃) <input type="checkbox"/> 勤務中 <input type="checkbox"/> 通勤途中 <input type="checkbox"/> 通学途中 <input type="checkbox"/> 休憩時間中 <input type="checkbox"/> 私用 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 会社内 <input type="checkbox"/> 自宅・ <input type="checkbox"/> 学校内 <input type="checkbox"/> その他()	発病原因の詳細	夕食に食べた魚にあたった	
	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"/> 慢性的 <input type="checkbox"/> 暴力(ケンカ) <input type="checkbox"/> 動物による負傷(飼主: <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無) <input type="checkbox"/> その他()	発病原因の詳細		
	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	"はい"の場合相手方の氏名・住所	<氏名> <住所>	
申請理由	<input type="checkbox"/> 治療用装具、小児治療用眼鏡等を作成したため <input checked="" type="checkbox"/> 保険証を受け取る前もしくは持っていなかった <input type="checkbox"/> 誤って以前の保険証を使用したため <input type="checkbox"/> その他 ()	添付資料(★) ※原本のみ	<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 <input type="checkbox"/> 専用台紙(靴型装具作製の場合のみ) ※見積書・請求書が無い場合は不要 <input checked="" type="checkbox"/> 診療報酬明細書 <input checked="" type="checkbox"/> 領収証 <input type="checkbox"/> 診療報酬明細書 <input type="checkbox"/> 領収証		

「健保使用欄」

受付日	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 取得中 <input type="checkbox"/> 喪失済 <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	<input type="checkbox"/> 装具 <input type="checkbox"/> 立替 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 初回・補修 <input type="checkbox"/> 再支給→前回: 年 月 日 / 耐用年数: 年 <input type="checkbox"/> 入院・外来
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

(R4.1改)

【注意】

実際に医療機関等へ支払った額の中に、健康保険が適用されない治療や薬、病気の予防を目的とする予防接種等の費用が含まれていた場合は、療養費の計算から除外されます。

「時効」: 療養に要した費用を医療機関等に支払った日の翌日から2年

TOTO健康保険組合
ホームページ

