

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	① 被保険者証の記号番号	② 被保険者(申請者) 氏名		性別	生 年 月 日	
	100 - 1234	健保 太郎		男	平成元年8月1日	
	③ 被保険者(申請者)	〒 452-0012	TEL		052-551-8526	
	住所・電話番号	愛知県名古屋市西区名駅〇-〇-〇 △△ビル***号				
	④ 事業所名称	トーテックアメニティ株式会社				
	⑤ 被扶養者が施術を受けた場合は、下記の氏名・生年月日・続柄を記入してください。					
	氏名	健保 花子	生年月日	平成1年7月8日	被保険者との続柄	妻
	⑥ 傷病名	変形性膝関節症				
	⑦ 発病または負傷年月日	令和2年6月2日				
	⑧ 発病または負傷の原因およびその経過	業務・通勤災害又は第三者行為外原因による				
	⑨ 第三者によるものですか	はい・いいえ	⑩ 業務中に発生したものですか	はい・いいえ		
	⑪ 施術を受けた場所	名称	マッサージ治療院			
	所在地	愛知県名古屋市中区栄〇-〇-〇 □□ビル				
⑫ 被保険者欄	療養を受けた医療機関等にトーテックグループ健康保険組合が文書等により申請内容を照会することに同意します。					
	被保険者氏名	健保 太郎				
※ 同意医師へ確認させて頂くこともございますので、正確にご記入ください。						

委 任 状	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の者に委任します。				
	令和 2年 7月 1日				
					健保 太郎
	被保険者氏名				
委任された者の					
事業所所在地 愛知県名古屋市西区名駅〇〇-〇-〇					
事業所名称 〇〇〇株式会社					
代表者氏名 〇〇〇〇					

※被保険者が療養費申請時に退職している場合のみ記入してください。(申請者名義の口座のみ振込可能)					
振込希望の銀行名	本・支店名	口座種別	口座番号	口座名義	
銀行	被保険者が療養費申請時に退職している場合、または被保険者死亡により遺族が申請する場合のみ、振込口座を記入してください。			(フリガナ)	
金庫	在職中の方の申請は、所属事業所への振込となります。				
信組					

トーテックグループ健康保険組合

【注意事項】 ※申請書は1ヵ月単位(暦日1日~31日)で記入してください。

※支給決定まで時間がかかる場合があります。