

同年月日 令和 年 月 日

支給決議書	常務理事	事務局	備考(病名コード)				
	支給期間	自 平成・令和 年 月 日					
		至 平成・令和 年 月 日					
	証NO	支給金額					

*この線より上は請求者において記入しないこと

代筆・代理申請不可

<高齢受給者一部負担金差額支給申請用>

療養給付費・家族療養費 支給申請書

被保険者の	保険証上部に記載の記号・番号を記入	業所の名称	在籍事業所・所属を記入。任職者は記入不要			
傷病名	医療機関にかかった払い戻しを受ける対象の傷病名		受診日	払い戻しを受ける対象の受診日		
手当ての経過	医療機関で受けた処置、等		手当てに要した費用の額	上記、受診日に支払った保険対象内の金額 * 保険対象外のものは含まれません。		
発病又は負傷の原因	分かる範囲で記入					
診療又は手当てを受けた医療機関の名称・所在地及び医師の氏名	上記、受診日にかかった医療機関の名称・所在地及び医師の氏名					
1割の療養の給付を受けることができなかった理由	例：高齢受給者証の発行を受けていなかった、等 詳しく記入					
傷病が第三者の行為によるときはその事実並びに第三者の住所・氏名、不明なときはその旨	払い戻しを受ける対象の傷病が第三者によって生じた場合は発生内容の詳細・第三者の住所・氏名・不明なときはその旨を記入					
申請が被扶養者に 関するときはその者の	氏名	生年月日	昭・平・令 年 月 日	続柄		

上記のとおり請求いたします。

令和 年 月 日

〒 -

1. 銀行 支店
在籍者は 3.給与振込み を選択。
退職者は 1.又は2. を選択(本人名義口座)

請求者の住所

2. 郵便局 (店番) (番号)

被保険者の住所・氏名

3. 給与振込み

氏名

*1, 2は退職者のみです。在籍者の方は、3を選択してください。

帝人グループ健康保険組合理事長殿

(TEL

)

1. この申請書には、手当てに要した費用の額に関する証拠書類を必ず添付すること。