

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

<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

被保険者の記号番号	—	事業所の名称		所属	
傷病名			受診日		
手当ての経過			手当てに要した費用の額		
発病又は負傷の原因					
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					
1割の療養の給付を受けることができなかった理由					
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					
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。					
1. 銀行 支店			令和 年 月 日		
(口座種別) NO			〒 —	請求者の住所	
2. 郵便局 (店番) (番号)			_____		
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。