

同年月日 令和 年 月 日

支給決議書	常務理事		事務局				備考
	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

<食事療養標準負担額差額支給申請用>

療養費・第二家族療養費 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		入院期間		自 平成・令和 年 月 日から 至 平成・令和 年 月 日まで		日間	
発病又は負傷の年月日		上記の期間に支払った標準負担額		円			
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							
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							
減額認定賞の交付または病院等へ提出ができなかった理由		減額認定証の発行年月日		平成・令和 年 月 日		長期該当年月日 平成・令和 年 月 日	
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	請求者の住所
(口座種別) NO	
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)