

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。									
				令和 年 月 日					
1. 銀行 支店				〒 -					
(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。