

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		

代筆・代理申請不可

\*この線より上は請求者において記入しないこと

被保険者:療養費  
被扶養者:第二家族療養費に○

<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	保険証上部に記載の記号・番号を記入	事業所の名称	在籍事業所・所属を記入(退職者は最終在籍部署) 任継者は記入不要
傷病名	療養費を申請する傷病名を記入	入院期間	療養費を申請する期間(入院期間)を毎月1ヶ月毎
発病又は負傷の年月日	分かる範囲で記入 不明の場合は 不詳	上記の期間に支払った標準	上記期間で医療機関に支払った食事療養費の金額
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	診療を受けた医療機関の名称・所在地・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	他人の行為が原因で発生した傷病の場合は、その内容・相手の住所・氏名 不明な場合はその旨		
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	【減額認定証の交付申請の場合】...申請理由を記入下さい 【病院等へ減額認定証を提出できなかった場合】...理由を記入下さい。		
申請が被扶養者に関するときはその者の氏名	既に認定証を受けている場合に記入	長期該当年月日	健保より長期該当の認定を受けている場合に記入
申請が被扶養者に関するときはその者の氏名	被扶養者に関する届出の場合は、対象者の氏名・生年月日・続柄(長男・長女等)		

上記のとおり請求いたします。

令和 年 月 日

- 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)

(口座種別) NO

請求者の住所

- 郵便局 (店番) (番号)

被保険者の住所・氏名

- 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 )