伺年月日　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　令和　　年　　月　　日		
	至　令和　　年　　月　　日		
	記号・番号	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書（ □ 療養費　□ 第二家族療養費 ）

記号・番号	―	事業所の名称		社員番号	
傷病名		受診日	令和　年　月　日		
手当ての経過		手当てに要した費用の額		円	
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	医療機関名称				
	所在地				
	医師の氏名				
2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	状況				
	住所				
	氏名				
申請が被扶養者に関するときはその者の	氏名		生年月日	□ 昭和 □ 平成 □ 令和　年　月　日	年齢

振込先指定口座
※資格喪失者のみ記入

※在籍者は給与振込、任意継続加入者は、加入時に届出された口座への振込となりますので記入不要です。

[銀行・信用金庫・農協]（コード　　）　[本店・支店・出張所]（コード　　）

貯金種別	□ 普通 □ 当座	口座番号							口座名義	※カタカナで記入
		郵政記号	1				0	郵政番号								1

上記のとおり請求いたします。

帝人グループ健康保険組合理事長　殿

令和　　年　　月　　日

被保険者（請求者）

〒　　―

住　所

氏　名

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。