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	
		,	

代筆・代理申請不可

□の箇所は、該当部分に☑を付けてください

＊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 ）

健康保険の記号・番号を記入

在籍事業所・社員番号を記入。任継者は記入不要

記号・番号	1234 － 1234567	事業所の名称	帝人（株）	社員番号	12345
傷病名	甲状腺低下症	受診日	令 5 年 1 月 15 日		
手当ての経過	注射を接種された	手当てに要した費用の額	56,789 円		
発病又は負傷の原因	急に体調が悪くなり、原				

医療機関にかかった払い戻しを受ける対象の傷病名

払い戻しを受ける対象の受診日

医療機関で受けた処置、等

上記、受診日に支払った保険対象内の金額
＊保険対象外のものは含まれません。

分かる範囲で記入

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	○○○病院
	所在地	○○県○○市○○町　○○番地○○
	医師の氏名	○○　○○

上記、受診日にかかった医療機関の名称・所在地及び医師の氏名

2割の療養の給付を受けることができなかった理由	詳しく記入	高齢受給者証の発行を受けていなかった
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	

払い戻しを受ける対象の傷病が第三者によって生じた場合は発生内容の詳細・第三者の住所・氏名・不明なときはその旨を記入

退職者のみ、記入（本人名義口座）
※在籍者は給与振込、任意継続加入者は、加入時に健保へ届出された口座のため記入不要

申請が被扶養者に関するときはその者の	氏名	帝人　健太郎	生年月日	24 年 7 月 22 日	年齢	73

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。

帝人（コード 123）［銀行・信用金庫・農協］　松山（コード 1234）［本店・支店・出張所］

貯金種別	☑ 普通 □ 当座	口座番号	1	2	3	4	5	6	7	口座名義	※カタカナで記入 テイジン　タロウ
		郵政記号	1	7	8	9	0	郵政番号	7	6	5	4	3	2	1	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　5　年　2　月　1　日

被保険者（請求者）

〒　791　－　8530

住　所　愛媛県松山市北吉田町　○○番地○○

氏　名　帝人　太郎

被保険者の住所・氏名

TEL　089　－　972　－　3327

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。