伺年月日　令和　　年　　月　　日

支給決議書	常務理事	事務局	備考
支給期間	自　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

＜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

記号・番号	―	事業所の名称		社員番号	
傷病名		入院期間	自　令和　　年　　月　　日から 至　令和　　年　　月　　日まで　　日間		
発病又は負傷の年月日	□ 昭和　□ 平成　□ 令和 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	医療機関名称 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、不明なるときはその旨	状況 住所 氏名				
減額認定証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	□ 昭和　□ 平成　□ 令和 年　　月　　日	続柄

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］　　［本店・支店・出張所］ （コード　　）　（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						
			郵政番号	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　　―　　―