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		
	，		

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

＜食事療養標準負担額差額支給申請用＞

健康保険の記号・番号を記入

☑ 療養費 □ 第二家族療養費　支給申請書

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	心臓病	入院期間	自 令和 5 年 4 月 1 日から 至 令和 5 年 4 月 30 日まで 30 日間		
発病又は負傷の年月日	□ 昭和 □ 平 5 年 1 月 7 日	上記の期 標準負担額	14,400 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	松山病院			
	所在地	愛媛県松山市松山1-2-3			
	医師の氏名	松山　二郎			
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	交付前だった				
	減額認定証発行年月	□ 平成 □ 令和	長期該当年月日	□ 平成 □ 令和	日
申請が被扶養者に関するときはその者の	氏名		生年	□ 昭和 □ 平成 □ 令和 年 月 日	続
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。 あおい [銀行・信用金庫・農協] あさぎ [本店・支店・出張所] （コード 123 ） （コード 1234 ） 貯金種 ☑ 普通 口座 1 2 3 4 5 6 7 口座 ※カタカナで記入				

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

□

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　4　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　123　―　456　―　7890