

健康保険 被保険者 療養費支給申請書

〔食事療養標準負担額差額支給申請書〕

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	①被保険者の記号・番号		② 生年月日				取得年月日 S・H・R			
			昭和 平成				喪失年月日 H・R			
			フリガナ				家族の認定年月日 S・H・R			
	③被保険者(申請者)の氏名		フリガナ				事業所の名称			
	④被保険者(申請者)の住所		フリガナ				都道府県		市区町村	
							電話		()	
	⑤療養が被扶養者に関するときは、その方の氏名						⑥ 生年月日		昭和 平成 令和	
							年 月 日		⑦被保険者の続柄	
							例)「長男」など			
	⑧傷病コード		カナ				⑨傷病名		⑩療養開始日	
								令和		
								年 月 日		
⑪発病または負傷の原因およびその経過								⑫第三者によるものですか		
								0:いいえ 1:いいえ		
⑬食事療養を受けた病院等		名称				診療した医師名				
		所在地				都道府県		市区町村		
⑭支給対象期間(入院期間)		自 令和		年 月 日		⑮入院・入院外の別		⑯左記の期間に支払った標準負担額		
		至 令和		年 月 日		0:入院外				
						1:入院		円		
⑰減額認定証の交付を受けている者氏名		認定証交付年月日		年 月 日		減額認定証の交付申請又は病院等へ提出ができなかった理由				
		長期該当年月日		年 月 日						

受 領 代 理 人 欄	本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。									
	年 月 日									
〒										
被保険者 住所										
(請求者) 氏名										
代理人 氏名		フリガナ				委任者と代理人の關係				
支 払 金 融 機 関 欄	銀行コード		支店コード		銀行・農協		本店・支店		1: 普通	
					信・信		出張所		2: 当座	
	口座番号		フリガナ				口座名義人			

被保険者のマイナンバー記載欄
(被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です)

--

年 月 日提出
受付年月日