

健康保険

被保険者

家族

療養費支給申請書

[食事療養標準負担額差額支給申請書]

記入例

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	
	77 8		昭和平成 〇〇年02月11日		喪失年月日 H・R	
	フリガナ トクシマ ハルオ		事業所の名称		家族の認定年月日 S・H・R	
	③被保険者(申請者)の氏名 徳島 春雄		(株)すみれ洋菓子店			
	④被保険者(申請者)の住所 〒167-0047		フリガナ 東京 都道府県 杉並 市 区 〇〇1-7-7		電話 (03) 3333 6672	
	⑤療養が被扶養者に関するときは、その方の氏名 該当せず		⑥ 生年月日 昭和平成 令和 年 月 日		⑦被保険者との続柄 例)「長男」など	
	⑧傷病コード カナ		⑨傷病名 右大腿骨骨折		⑩療養開始日 令和 〇〇 〇5 〇3	
	⑪発病または負傷の原因およびその経過		自宅近くの公園で散歩中、石の階段を踏みはずし転落した。		⑫第三者によるものですか 〇:いいえ 1:いいえ	
	⑬食事療養を受けた病院等		名称 杉並中央病院		診療した医師名 杉並 二郎	
	所在地 東京 都道府県 杉並 市 区 〇〇5-2-5		⑭支給対象期間(入院期間) 自 令和 〇〇 〇5 〇3 31 日間 至 令和 〇〇 〇6 〇2		⑮入院・入院外の別 〇:入院外 1:入院	
		⑯左記の期間に支払った標準負担額 24,180 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		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		本人は一人暮らしで、入院中絶対安静であったため		

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。 〇〇年 7 月 15 日

〒 167-0047

住所 杉並区〇〇1-7-7

被保険者(請求者) 氏名 徳島 春雄

代理人 フリガナ イバラキ シロウ 委任者と代理人の関係 健保給付口座代理人

氏名 茨城 史朗

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 口座名義人

保険給付金は、原則として事業所(会社)経由でのお支払いをお願いしておりますので「受領代理人欄」への記入をお願いします。受領代理人については、事業所から当健康保険組合へ届け出てありますので、事業所で記入してください。

なお、事情により、ご自分の銀行口座に振り込んで欲しいという方、あるいは退職後に請求される方は「支払金融機関欄」に記入してください。また、退職後などのケースで、代わりに家族の銀行口座に振り込んで欲しいという方は、「受領代理人欄」と「支払金融機関欄」の両方とも記入が必要になります。

年 7 月 18 日提出
交付年月日