

健康保険 被保険者 療養費支給申請書

家族

[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		喪失年月日 H		家族の認定年月日 S・H	
	フリガナ		フリガナ				フリガナ		電話			
	③被保険者(申請者)の氏名・印		④被保険者(申請者)の住所				事業所の名称		都道府県		市区町村	
	フリガナ		フリガナ				フリガナ		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				1大正 2昭和 3平成		⑦被保険者の続柄		例)「長男」など	
	⑧傷病コード		⑨傷病名				⑩療養開始日		平成		年 月 日	
	カナ											
	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 平成 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		円	
至 平成 年 月 日		日間				0:入院外						
		1:入院										
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				平成 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				平成 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。									
	平成 年 月 日									
	〒 _____									
被保険者住所										
(請求者) 氏名 ⑱										
代理人フリガナ										
委任者と代理人の関係										
銀行コード										
支店コード										
銀行・農協 本店・支店 1: 普通										
信金・信組 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)

平成 年 月 日提出
受付年月日