

# 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 ]

|                                                          |                                                                                |                      |                             |                                                         |                              |  |                               |  |                        |  |
|----------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|----------------------|-----------------------------|---------------------------------------------------------|------------------------------|--|-------------------------------|--|------------------------|--|
| 被<br>保<br>険<br>者<br>が<br>記<br>入<br>す<br>る<br>と<br>こ<br>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 . . . . . |  |
|                                                          | 7 7                                                                            |                      | 8                           |                                                         | 1昭和<br>2平成                   |  | 年 0 2 月 1 1 日                 |  |                        |  |
|                                                          | ③被保険者(申請者)の氏名・印<br>フリガナ トクシマ ハルオ<br>徳 島 春 雄 (徳島) 印                             |                      |                             |                                                         | 事業所の名称<br>(株)すみれ洋菓子店         |  |                               |  |                        |  |
|                                                          | ④被保険者(申請者)の住所<br>〒 1 6 7 - 0 0 4 7                                             |                      | フリガナ                        |                                                         | 東京 (都) 道 杉 並 市 (区) 1 - 7 - 7 |  | 電話<br>03 ( 3333 )<br>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                       |  | 1大正<br>2昭和<br>3平成             |  | ⑦被保険者との続柄<br>例)「長男」など  |  |
|                                                          | ⑧傷病コード<br>カナ                                                                   |                      | ⑨傷病名                        |                                                         | 右大腿骨骨折                       |  | ⑩療養開始日<br>平成 年 月 日<br>0 5 0 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<br>0:いいえ 1:いいえ  |  |                               |  |                        |  |
|                                                          | ⑬食事療養を受けた病院等                                                                   |                      | 名称<br>杉並中央病院                |                                                         | 診療した医師名<br>杉 並 二 郎           |  |                               |  |                        |  |
|                                                          | 所在地<br>東京 (都) 道 杉 並 市 (区) 5 - 2 - 5                                            |                      |                             |                                                         |                              |  |                               |  |                        |  |
|                                                          | ⑭支給対象期間(入院期間)<br>自 平成 年 月 日<br>至 平成 年 月 日<br>0 5 0 3<br>31 日間<br>0:入院外<br>1:入院 |                      | ⑮入院・入院外の別                   |                                                         | ⑯左記の期間に支払った標準負担額<br>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<br>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<br>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。 平成 年 6 月 18 日

〒 1 6 7 - 0 0 4 7

被保険者(請求者) 住所 杉並区 1 - 7 - 7  
氏名 徳 島 春 雄 (徳島) 印

代理人 フリガナ イバラキ シロウ  
氏名 茨 城 史 朗 (茨城) 印  
委任者と代理人の関係 健保給付口座代理人

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 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・押印していただください。

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。

平成 年 6 月 18 日提出  
受付年月日