

| | | |
|-------|---|---|
| 届出コード | | |
| 3 | 0 | 0 |

| | | | | | | | | |
|-------|---------|-------|-------|-----|----|------|----|-----|
| 支給決議書 | 伺い年月日 | 年 月 日 | 常務理事 | 事務長 | 課長 | 課長代理 | 係長 | 担当者 |
| | 資格 | 取得 | 年 月 日 | | | | | |
| | | 喪失 | 年 月 日 | | | | | |
| | 被扶養者認定日 | 年 月 日 | 支給額 | | | | | |
| | 支給回数 | 回 | | | | | | |

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用〕

| | | | | | | | | | | | |
|--|-----------------------|---------|----------------|-------|------------------------------|-------------------|----------------|-------|----------|--|--|
| 被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ | 被保険者の記号・番号 | | 被保険者の生年月日 | | | | | | | | |
| | — | | 昭和 平成 令和 | 年 月 日 | | | | | | | |
| | 被保険者の (申請者) 氏名 | フリガナ | | | | 事業所の 所在地 | 名 称 | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | 被保険者の (申請者) 住 所 | 郵便番号 | フリガナ | | | | 電 話 番 号 | | | | |
| | | — | | | | | | | | | |
| | 療養が被扶養者に関するときはその者の | 氏名 | | | | 生年月日 | 昭和 平成 令和 | 年 月 日 | 被保険者との続柄 | | |
| | 傷病名 | | | | | 発病又は、負傷年月日(療養開始日) | | | | | |
| | | | | | 年 月 日 | | | | | | |
| | 発病又は負傷の原因及びその経過 | | | | | 第三者行為によるものですか | | | | | |
| | | | | | | 1:いいえ 2:はい | | | | | |
| | 食事療養を受けた病院等 | 名称 | | | | 診療を担当した医師等の氏名 | | | | | |
| | | 所在地 | | | | | | | | | |
| | 支給対象期間(入院期間) | 自 | 年 月 日 | 日数 | 入院・入院外の別 | 左記の期間に支払った標準負担額 | | | | | |
| | | 至 | 年 月 日 | 日 | 入院 | 円 | | | | | |
| 減額認定証の交付を受けている者の氏名 | | 発行年月日 | 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 | | | | | | | | |

静岡県信用金庫健康保険組合

年 月 日提出

[受付日付印]

被保険者の記号番号に代えてマイナンバーにより申請をされる場合は備考欄にご記入ください。
マイナンバーを記入した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。
※記号番号を記入した場合は添付書類は不要です。

[備考]