

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	
	501-3001		昭和 平成 令和	45年10月22日
	被保険者の (申請者) 氏名	フリガナ ケンポ タロウ 健保 太郎	事業所 の	名称 いろは信用金庫 所在地 静岡市駿河区中田一丁目1番1号
	被保険者の (申請者) 住 所	郵便番号 424-△△△△	フリガナ シスオカシスルガクスフ 静岡市駿河区駿府1-1	電話番号 054-286-△△△△
	療養が被扶養 者に関する ときはその者 の	氏名 健保 とら	生年月日 昭和 平成 令和	19年4月30日 被保険者 との続柄 母
	傷病名	急性心不全		発病又は、負傷年月日(療養開始日) 平成 29年 1月 20日
	発病又は負傷の 原因及びその経過	自宅にいるとき、突然倒れた		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 静岡駿河総合病院	診療を担当した 医師等の氏名 山田 太郎	
	支給対象期間 (入院期間)	自 平成29年 1月 20日	日数 11日	入院・入 院外の別 入院 左記の期間に支払った標準負担額 8,580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

静岡県信用金庫健康保険組合

平成29年2月10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]