届出コード		
3	0	0

支給決議書				常務理事	事務長	課長	課長代理	係長	担当者
	伺い年月日		年　月　日						
	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 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用〕

被保険者が記入するところ

被保険者等記号・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	フリガナ シズオカシスルガクスンプ	電話番号
	424-△△△△	静岡市駿河区駿府1－1	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 29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)
		令和 6 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
	所在地	静岡市駿河区中田1－2		

支給対象期間(入院期間)			日数	入院・入院外の別	左記の期間に支払った標準負担額
	自	令和6年 1月20日			
	至	令和6年 1月31日	11日	入院	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
	長期該当年月日	年　月　日	

静岡県信用金庫健康保険組合

令和6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〕