

日立健康保険組合 御中

健康保険 療養費請求書 (食事療養費標準負担額差額支給申請用)

※太枠線内をご記入ください。(記入要領等は、別紙「記入例」をご参照ください)

被 保 険 者 記 入 欄	提出日	令和 年 月 日	備考								
	被保険者等 記号・番号	記号	番号	被保険者 氏名	(フリガナ)						
	事業所 (会社)名称				従業員番号						
					所属・電話	(TEL : )					
	対象者氏名				生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	被保険者 との続柄	
	食事療養 を受けた 医療機関等	住所									
		名称									
	入院期間	令和 年 月 日 から	令和 年 月 日 まで	日間	左記期間に 支払った 標準負担額	円					
	既に減額認定 を受けている 場合	発効年月日	令和 年 月 日	長期該当 年月日	令和 年 月 日						
減額認定の申請 または医療機関等へ 提出できなかった理由											
給付金の振込みについて 【従業員】 事業所経由を選択している事業所の方:委任状に基づき事業所へ振込みます ⇒ 委任状欄にご署名ください 個人払いを選択している事業所の方:健保組合に届出されている口座へ振込みます 【任意継続者・特例退職者】 健保組合に届出されている口座へ振込みます											
委任状	本請求に基づく給付金に関する受領を事業所に委任します 令和 年 月 日 被保険者氏名: _____										

事業所コード			
事業所担当者	年 月 日		
氏名			

【添付書類】 医療機関等が発行した食事療養費が明記されている領収書(原本)

受付日付印

インプット

支給決定伺

支給決定額	円	常務理事	事務長	主任	担当
同年月日	令和 年 月 日	資格取得日	年 月 日		
決裁年月日	令和 年 月 日	資格喪失日	年 月 日		
支払年月日	令和 年 月 日	扶養認定日	年 月 日		