

特別医療金申請書

¥ _____

事務局長	係長	係

年 月 日 提出		課長																								
<table border="1" style="margin: auto;"> <tr> <td>共済組合員番号</td> <td>—</td> <td> </td> </tr> </table>		共済組合員番号	—		係長																					
共済組合員番号	—																									
所 属	申請者名	印																								
健保被扶養者 患者名	続柄 年齢 才	係長																								
入院期間	年 月 日 から 年 月 日 まで	日間																								
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%;">項 目</th> <th style="width: 50%;">金 額 (円)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">一日単価 日数</td> <td> </td> </tr> <tr> <td>室料差額 ¥ @ ×</td> <td> </td> </tr> <tr> <td>室料差額 ¥ @ ×</td> <td> </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">一食あたり 食分</td> <td> </td> </tr> <tr> <td>食事療養費 ¥ @ ×</td> <td> </td> </tr> <tr> <td>居 住 費 ¥ @ ×</td> <td> </td> </tr> <tr> <td>レンタル料・管理料等 (病衣・タオルなど)</td> <td> </td> </tr> <tr> <td>内容:</td> <td> </td> </tr> <tr> <td>衛生材料費・その他 (治療に直接要したもの)</td> <td> </td> </tr> <tr> <td>内容:</td> <td> </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">合 計</td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>		項 目	金 額 (円)	一日単価 日数		室料差額 ¥ @ ×		室料差額 ¥ @ ×		一食あたり 食分		食事療養費 ¥ @ ×		居 住 費 ¥ @ ×		レンタル料・管理料等 (病衣・タオルなど)		内容:		衛生材料費・その他 (治療に直接要したもの)		内容:		合 計		係
項 目	金 額 (円)																									
一日単価 日数																										
室料差額 ¥ @ ×																										
室料差額 ¥ @ ×																										
一食あたり 食分																										
食事療養費 ¥ @ ×																										
居 住 費 ¥ @ ×																										
レンタル料・管理料等 (病衣・タオルなど)																										
内容:																										
衛生材料費・その他 (治療に直接要したもの)																										
内容:																										
合 計																										
上記の事実と相違ないことを証明いたします。		印																								
所属長 _____																										
相鉄共済組合 様																										
受付日		支払日																								
(備 考)																										
共済組合承認日		電話受付者名																								

- (注) 1. 医療機関発行の領収書は、「原本」または「原本の写し」を添付して下さい。
 2. 本申請に係る支給項目及び金額については、共済組合の承認を受けることが前提となりますので、審査の結果、金額が変更されたり不支給となることがあります。
 3. 診療明細書または診療内容の詳細が明記された書類を必ず添付して下さい。
 4. 各項目とも消費税は除いて申請して下さい。
 5. 「衛生材料費・その他」については治療に直接要したものが支給対象となります。
 6. 診療明細書等によってもなお不明な点がある場合は、医療機関に照会し確認することがあります。