

記号	番号
-	-

差額ベッド給付金請求書 第()回

下記のとおり差額ベッドを利用したので、差額ベッド給付金を請求します。

HOYA健康保険組合 殿

【振込口座(被保険者名義口座)】

(フリガナ)

被保険者氏名

銀行名 _____ 銀行()

被保険者住所

支店名 _____ 支店()

普通預金口座No. _____ (7桁)

被保険者・医療機関 記載欄

入院者	氏名	差額ベッド料	対象日数	一日当り差額料金	一日当り消費税	領収金額
	被保険者との続柄					
傷病名	1 _____					
	2 _____					
	3 _____	上記のとおり領収したことを証明します。				年 月 日
自	年 月 日	医療機関名 _____ ①				
至	年 月 日					
日数 日間						

(注) 医療機関の証明を受けるか領収書を添付してください。

※HOYA健康保険組合は、本請求書に記載された個人情報をご給付のお支払い以外の目的には利用いたしません。

※給付日数は1傷病につき183日とする。

支給決定書

同年月日	年 月 日	決 裁	常務理事	事務長	担当者
決定年月日	年 月 日				
被保険者資格	取得 年 月 日	喪失 年 月 日			
被扶養者認定日	年 月 日	給付経過	前回までの給付実日数	日間	
対象期間	年 月 日～	年 月 日	支給金額	円	
単価×日数＝					