理事長	常　務　理　事	事務局長	担当者

振込銀行をご記入下さい	
銀行 信金	支店
普　当　No	
フリガナ 名 義	

入院療養付加金（第二種組合員）支給申請書

①組合員証の番号	

（　　年　　月分）

②療養を受けた病院の名称及び所在地	③疾　病　名	④療養期間	⑤病院等で支払った金額
		年　月　日 ～ 年　月　日 日間	円
		年　月　日 ～ 年　月　日 日間	円
		年　月　日 ～ 年　月　日 日間	円

上記のとおり関係書類を添えて申請します。

貴組合が入院療養付加金の支給にあたり必要が生じた場合は、兵庫県後期高齢者医療広域連合から高額療養費の支給に関する情報を得ることに同意します。

令和　　年　　月　　日

住　所　〒

第二種組合員

氏　名　　㊞

兵庫県医師国民健康保険組合理事長　殿

組合使用欄	支給決定額	入院　円	備　考	
		食事　円		

※　この申請書は、第二種組合員専用の入院療養付加金支給申請書です。
差額ベッド代等保険給付の対象とならない費用は支給の対象とはなりません。
申請をいただいても支給が半年ほど遅れることがありますので、あらかじめご了承ください。

【添付書類】

○　医療費、食費、居住費の金額がわかる領収書（写し可）

○　広域連合より高額医療費の償還（数ヶ月の期間を要します）を受けている方は、その金額がわかる書類を添付してください。

領収書（写し可）は必ず添付してください。（添付されていない場合は、支給できませんのでご注意下さい。）