

㊦ (様式第 6 号)

補助金決定額		部長	課長	係	
円					
支給期間	自	年 月 日	前回まで 支給期間	自	年 月 日
	至	年 月 日		至	年 月 日
決定年月日	年 月 日		資格取得	年 月 日	
支払年月日	年 月 日		資格喪失	年 月 日	

1

2

## 年 月分入院室料差額補助金支給申請書

長野県農業協同組合健康保険組合互助会理事長 殿

(第 回目) 令和 年 月 日

被保険者証	記号 番号		被保険者の 氏名	㊦
事業所名			被保険者の 住所	〒
傷病名			医療機関名	
入院した者の 氏名、続柄	続柄 ( )		入院室料差額を 要した時間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで ( 日間)
発病の日	令和 年 月 日		請求金額	円
特別室に収容 された理由				
医療機関 の証明	上記に掲げる者は、 月 日から 月 日までの 日間、室料差額を要する部屋に入院したことを証明します。 入院室料差額 1日につき 円 × 日 = 円 令和 年 月 日 医師の住所 氏名 ㊦			
受領委任	上記補助金の受領方を事業主 殿に委任します。 令和 年 月 日 被保険者の氏名 ㊦			

㉞①医療機関の証明を受け領収書を添付してください。

②医療機関の証明のない場合は一日当たり室料と日数のわかる請求明細書と領収書を添付してください。

③1ヵ月ごと(暦月)に申請してください。

④この補助金の請求は、互助会補助金給付規程により、その事由が発生した日から1年以内に行わなければその効力を失います。