

健康保険食事療養費標準負担額差額支給申請書

令和 年 月 日

被 保 者	被保険者等	記号	番号	事業主使用欄 この申請書は被保険者が作成したものである <input type="checkbox"/>			
	事業所名			記号・番号が分からない場合は マイナンバーを記入してください			
保 険 者	所属						
	被保険者氏名			連絡先	日中連絡可能な電話番号(内線不可)		
減 額 認 定 証	減額対象者氏名	枝番		生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日		
	減額認定証の 交付を受けている 場合	発行年月日	令和 年 月 日	長期該当年月日	令和 年 月 日		
者	食事療養を受けた 保険医療機関等	名称					
		所在地					
記 入 欄	入院期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで			日間		
	入院期間に受けた食事療養に対し支払った額(標準負担額)				円		
入 欄	減額認定証の交付申請または提出ができなかった理由						
	上記のとおり請求いたします。支給金額の受領を事業主に委任します。 被保険者住所 〒() 令和 年 月 日 被保険者氏名						

健 保 者 入 欄	査 定 額 (B) 非 課 税 世 帯	請求額(A)	円	回	円	備 考				
		一 般	円	回	円					
		市区町村民税 非課税世帯	円	回	円					
		過去1年間の入院日数が 90日を超えている場合	円	回	円					
		所得が一定基準に満たない 70歳以上の高齢受給者	円	回	円					
支給総額(A) - (B)		円			常務理事	事務長	主任	担当		
支給決定年月日		令和 年 月 日								

- (注) 1. この申請書に「標準負担減額認定証」(写)及び入院期間・標準負担額の判る領収書(本紙)を添付してください。
2. 「標準負担減額認定証」を交付されていない方が申請する場合は「健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書」を添付してください。