

資格情報のお知らせ または
資格確認書を確認して記入して
ください。

記号番号の記入が可能であら
ば、マイナンバーは不要です。

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	事業主で記入します。			
	事業所名	減額認定証の交付を受けていな い場合は記入不要です。 下の注2を確認して下さい。			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				日中連絡可能な電話番号(内線不可)		
	被保険者氏名	連絡先			昭和・平成・令和		
除 欄	減額対象者氏名	枝番			生年月日	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		入院期間が月をまたぐ場合は申 請書を月ごとに分けて作成して ください			
		令和 年 月 日		まで			
入 欄	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			
	減額認定証の交付申請または提出ができなかった理由						
欄	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							

健保記入欄です、未記入のまま申請してください。

- (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。