

保 険 者 記 入 欄	健 康 保 険 組 合			受 付 月 日		整 理 番 号				事 業 主 側 経 由 所 属									
	常務理事		事務長		担当者				月 別		番 号		長		長		担 当 者		
期 間		自 平・令		年 月 日		日間		支 給 金 額								円		計 算 式	
		至 平・令		年 月 日															
扶養認定 年月日		昭 平 令		年 月 日		入力受付No													

健康保険食事療養標準負担額差額支給申請書

被保険者番号								令和 年 月 日							
被保険者	氏 名							事業所	名 称						
	生年月日	年 月 日							所在地						
減額対象者	氏 名							被保険者との続柄							
	生年月日	年 月 日													
被保険者（減額対象者）の住所															
減額認定証の交付を受けている者		発行年月日		平成・令和		年		月		日					
		長期該当年月日		平成・令和		年		月		日					

食事療養を受けた保険医療機関等	名 称														
	所在地														
入院期間（日数）	令和 年 月 日 から 日間														
	令和 年 月 日 から														
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 又 は 提 出 が で き な か っ た 理 由															
申請方法について、以下①②のいずれかを選択し、☑を入れてください。															
☐ ①上記のとおり健康保険法施行規則第105条の規定に基づき、事業主を経由して申請します。															
☐ ②上記のとおり健康保険組合に直接申請します。															
令和 年 月 日 被保険者氏名： ※自署の場合、押印省略可															

【備考欄】
