

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	至 平・令 年 月 日	日間	支給金額			円	計算式
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	1	2	3	4	5	6	7	令和 7 年 4 月 20 日	
被保険者	氏 名	健 保 太 郎			事業所	名 称	〇〇株式会社		
	生年月日	昭和 30 年 7 月 2 日			所在地	〇〇県〇〇市△△町3-3			
減額対象者	氏 名	健 保 太 郎			被保険者との続柄	本 人			
	生年月日	昭和 30 年 7 月 2 日							
被保険者（減額対象者）の住所		〇〇県〇〇市△△町1-1							
減額認定証の交付を受けている者	発行年月日	平成 令和 6 年 7 月 1 日							
	長期該当年月日	平成 令和 6 年 7 月 1 日							

食事療養を受けた保険医療機関等	名 称	〇〇病院		
	所在地	〇〇県〇〇市△△町5-5		
入院期間（日数）	令和 7 年 2 月 1 日 から	20 日間		
	令和 7 年 2 月 20 日 まで			
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）		13,000 円		
減額認定証の交付申請又は提出ができなかった理由				
できるだけ詳しく記載してください		健康保険法施行規則第105条に、「交付その他の手続を事業主を経由して行おうとするときは、事業主及び保険者に対し、その旨の意思表示しなければならない。」と定められていることから確認するものです。		
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。				
<input checked="" type="checkbox"/> 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。				
<input type="checkbox"/> ②上記のとおり健康保険組合に直接申請します。				
令和 7 年 4 月 20 日 被保険者氏名：		健 保 太 郎		
※自署の場合、押印省略可				

②に☑を入れた場合は、直接健康保険組合に郵送もしくは社内便で送付してください。

用いたしません。

(令和7年4月)