

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	自平・令	年	月	日	支 給 金 額			計 算 式	
間	至平・令	年	月	日				円		
	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		
被保険者	氏名	関西 太郎					事業所	名称	〇〇株式会社
	生年月日	昭和 30 年 4 月 3 日					所在地	〇〇県〇〇市△△町 3 - 3	
減額対象者	氏名	関西 太郎					被保険者との続柄	本人	
	生年月日	昭和 30 年 4 月 3 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 7 年 10 月 1 日						
		長期該当年月日	平成 令和 7 年 10 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 8 年 1 月 1 日から		20	日間
		令和 8 年 1 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、その旨の意思を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 8 年 2 月 10 日 被保険者氏名：		関西 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				