

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							
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）					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。						
<input 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 年 月 日 被保険者氏名： _____						
※自署の場合、押印省略可						

【備考欄】
