

保険者記入欄	健康保険組合			受付月	整理番号			事業主側經由所属		
	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	日間			円	
扶養認定年月日			昭	年	月	日	入力受付No			
			平							
			令							

## 健康保険食事療養標準負担額差額支給申請書

被保険者証番号						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				
	令和	年	月	日	から	日間			
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									

ご記入いただいた個人情報は、当該の利用目的以外には使用いたしません。

【備考欄】
-------