

| | | | | | | | | | |
|---------|--------|-----|-----|-----|------|----|----------|---|-----|
| 保険者記入欄 | 健康保険組合 | | | 受付月 | 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 | | | | | |
| 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 | | 5 1 2 3 4 5 6 | | | 令和 元年 5 月 2 1 日 | | |
| 被保険者 | 氏 名 | 健 保 太 郎 印 | | | 事業所 | 名 称 | 〇〇株式会社 |
| | 生年月日 | S 3 0 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 | S 3 0 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 | | 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 | 〇〇病院 | | | | | |
| | 所在地 | 〇〇県〇〇市△△町5-5 | | | | | |
| 入院期間（日数） | 令和 元年 5 月 1 日 から | | | 2 0 日間 | | | |
| | 令和 元年 5 月 2 0 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） | | 1 3, 0 0 0 円 | | | | | |
| 減額認定証の交付申請又は提出ができなかった理由 | | | | | | | |
| できるだけ詳細に記入する。 | | | | | | | |

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】

（令和元年5月）