

常務理事	事務長	課長	係長	係

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 記号・番号		—		
被保険者	氏 名	事業所名称		
	生年月日	昭・平・令 年 月 日		
減額対象者	氏 名	被保険者との続柄		
	生年月日	昭・平・令 年 月 日		
被保険者(減額対象者)の住所				
減額認定の交付を受けている者		発効年月日	令 年 月 日	
		長期該当年月日	令 年 月 日	

委任状	この給付の受領を上記の事業所に委任します。 令和 年 月 日 被保険者氏名
	※ 退職後の申請で、上記に委任しない場合は、『給付金等振込送金依頼書』を提出してください。

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 年 月 日から			
	令 年 月 日まで 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				

令和 年 月 日 提出