

健康保険 食事療養標準負担額差額支給申請書

被 保 険 者 （ 申 請 者 ） 情 報	被保険者等記号・番号		氏名	
	記号	番号	フリガナ	フリガナ
	住所		生年月日	
	〒 —		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日	
	名称		所在地	
事 業 所	住所		〒 —	
	所属		(連絡先) ※日中連絡が取れる携帯電話、内線番号など	
	—		—	

減 額 対 象 者 欄	減額対象者	氏名	生年月日	被保険者との続柄
	住所	〒 —	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	
	減額認定証の交付を受けている者	発行年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	
		長期該当年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 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または、提出ができなかった理由				

●この申請による給付金を事業主経由で給与口座へ支給するため、次の申請者欄にご記入ください。

受 取 代 理 人 欄	申 請 者	私はこの給付金の受領を下記代理人に委任します。			令和 年 月 日
		住所			
	代 理 人	住所			
		氏名			
<input type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。					

受 付 印

被保険者等記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。
(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)

備考欄