

## 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 300	番号 123456	フリガナ ケンボ (氏) 健保	フリガナ マサオ (名) 正夫
	住所			生年月日
	〒131-0031 東京都墨田区墨田〇-〇-〇 △△マンション〇〇号室			<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 40年5月17日
	名称 総合警備保障株式会社		所在地 〒107-8511 東京都港区元赤坂1-6-6	
事業所	所属 〇〇〇支社 □□□営業所		事業所の名称、所在地は「本社」 所属には「実際に配置されている支社、部署」を お書きください	番号など — ××××

減額対象者欄	減額対象者	氏名 健保 春子	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	生年月日 41年9月22日	被保険者との続柄 妻	
	住所	〒131-0031 東京都墨田区墨田〇-〇-〇 △△マンション〇〇号室				
	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 checked="" type="checkbox"/> 令和	2年1月28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	〇〇総合病院			
	所在地	新宿区新宿〇-〇-〇			
入院期間(日数)	令和6年5月1日から	5日間			
	令和6年5月5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)		2,600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 申請手続きが間に合わなかったため					

●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。 〇〇 △△マンション〇〇号室 令和〇〇年〇〇月〇〇日			
	代理人	氏名 健保 正夫 受取代理人は本社の総合事務部長です 申請者欄に記載のうえ、代理人欄は空白 のまま、本社の総合事務部へ提出して ください			
<input type="checkbox"/> マ		事業主経由で給与口座へ振り込みます			

受付印

添付書類

・領収書のコピー

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