

記入例

健康保険食事療養標準負担額差額支給申請書

健康保険食事療養標準負担額差額支給申請書

① 被保険者証	記号	0000	番号	11111	
② 被保険者	フリガナ	タイヨウ ハナコ		③ 事業所 名称	太陽生命○△支社
	氏名	太陽 花子			所在地
	生年月日	明・大 昭・平	XX年4月1日		
④ 減額対象者	氏名	太陽 花子		被保険者との続柄	本人
	生年月日	明・大 昭・平	XX年4月1日		
⑤ 被保険者(減額対象者)の住所		〒000-0000 TEL 03(0000)1111 東京都城東區城東1-2-3			
⑥ 減額認定証の交付を受けている者		発行年月日	平成XX年8月1日		
		長期該当年月日	平成該年当月せ日ず		
⑦ 食事療養を受けた保険医療機関等	名称	ひまわり病院			
	所在地	東京都城南區城南1-2-3			
⑧ 入院期間(日数)		平成XX年9月1日から 平成XX年9月30日から 30日間			
⑨ 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)		23,400円			
⑩ 減額認定証の交付申請または提出ができなかった理由		救急車で運ばれて入院したため、減額認定書を提出できなかった。			
⑪ 振込希望の銀行	三井住友銀行	○×支店	普通 No. 1234567 当座	預金 タイヨウ ハナコ 名義人	

⑥「長期該等年月日」欄
減額申請を行った月以前
12月以内の入院日数が
90日を越える場合、そ
の該等年月日。

⑪「振込希望の銀行」欄
登録銀行名等を記入する。
登録がない場合は、希望
する銀行名等を記入する。

平成XX年10月10日

受付日付印