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		番号	

② 被保険者	フリガナ		③ 事業所	名称	
	氏名	印			
	生年月日	明・大 昭・平　年　月　日		所在地	

④ 減額対象者	氏名		被保険者との続柄	
	生年月日	明・大 昭・平　年　月　日		

⑤ 被保険者（減額対象者）の住所	〒　TEL　（　）	
⑥ 減額認定証の交付を受けている者	発行年月日	平成　年　月　日
	長期該当年月日	平成　年　月　日

⑦ 食事療養を受けた保険医療機関等	名称		
	所在地		
⑧ 入院期間（日数）	平成　年　月　日　から 平成　年　月　日　まで		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）			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			

⑪ 振込希望の銀行	銀行　支店	普通 No. 当座	預金 名義人

平成　年　月　日

受付日付印