

記入例

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	太陽生命〇△支社
	氏名	太陽 花子			所在地	東京都城北區城北1-2-3
	生年月日	昭・平	50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	昭・平	50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・令和 3年3月1日				
	長期該当年月日	平成・令和 該当せず 月 日				
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・令和 3年4月1日 から					
	平成・令和 3年4月30日 まで 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	〇× 支店	普通 No. 1234567 当座	口座 名義人 タイヨウ ハナコ		

⑥「長期該当年月日」欄
減額申請を行った月以前12月
以内の入院日数が 90日を超える
場合、その該当年月日。

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。

令和 3年 5月 10日

受付日付印