

**記入例**

- 被保険者  
 被扶養者

**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) 被保険者が勤務する(していた)部署、支社、関連会社の名称	太陽生命〇〇支社
	氏名	太陽 花子		
	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
		東京都城東区城東1-2-3		
(6) 減額認定証の交付を受けている者	発行年月日	令和 5 年 3 月 1 日		
	長期該当年月日	令和 該 当 月 ず 日		

(7) 食事療養を受けた保険医療機関等	名称	〇△病院		
	所在地	東京都城南区城南1-2-3		
(8) 入院期間(日数)		令和 5 年 3 月 1 日 から 31日 間 令和 5 年 3 月 31 日 まで		
(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)		42,780 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) 振込口座	在籍者	給与口座にお振込みいたします。				
	退職者	※退職者の方は振込希望の銀行口座を記入してください。				
		金融機関名称	本・支店名	種別	口座番号	名義人(カナ)
			普通			
添付書類	<p><b>【添付書類について】</b></p> <input checked="" type="checkbox"/> 入院時の食事療養負担額が記載されている領収書					

※振込口座を公金受取口座とする場合は本申請書とあわせてホームページ掲載の「保険給付等の公金受取口座利用届」をご提出ください

令和 5 年 4 月 10 日

受付日付印