

太陽生命健康保険組合理事長 殿

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) 被保険者等	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・令 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 8 年 3 月 1 日		
	長期該当年月日	令和 該 当 月 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 8 年 3 月 1 日 から 31 日 間 令和 8 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	※給与口座への振込を希望する場合は記入不要。					(11) 「振込口座」欄 給与口座を希望しない場合は記入する。
	金融機関名称	本・支店名	種別	口座番号	名義人（カナ）	
			普通			

(12) 上記のとおり申請します。 なお、当申請を事業所経由で行う場合、健康保険組合への書類提出を事業所に委任します。 令和 8 年 4 月 10 日 〒000-0000 TEL 03 (0000) 1111 住所 東京都城東区城東1-2-3 被保険者 フリガナ タイヨウ ハナコ 氏名（自署）太陽 花子						(12) 書類提出を事業所に委任しない場合は、申請者が直接健康保険組合へ提出する。

添付書類	【添付書類について】
	☒ 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。

受付日付印