

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

申請日： 令和 5 年 4 月 10 日

(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 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>[添付書類について]</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。

受付日付印