

- 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 年 月 日

(1) 被保険者等	記号		番号	
(2) 被保険者	フリガナ		(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	
	氏名			
	生年月日	昭・平 年 月 日		
(4) 減額対象者	氏名		被保険者との続柄	
	生年月日	昭・平・令 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	令和 年 月 日		
	長期該当年月日	令和 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)		令和 年 月 日 から	日間	
		令和 年 月 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)		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
			普通	名義人(カナ)
添付書類	【添付書類について】 <input 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