

太陽生命健康保険組合理事長 殿

- ☐ 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		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	※給与口座への振込を希望する場合は記入不要。				
		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 年 月 日 〒 TEL () 住所 被保険者 フリガナ 氏名（自署）						
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