記入例

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事業所 名称	太陽生命〇△支社	
	氏　名	太陽　花子　(太陽)			
	生年月日	(昭)・平　50 年 4 月 1 日	所在地	東京都城北区城北1-2-3	
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	(平成)・令和 31 年 3 月 1 日			
	長期該当年月日	平成・令和 該当せず 年 月 日			

⑥「長期該当年月日」欄
減額申請を行った月以前12月以内の入院日数が 90日を超える場合、その該当年月日。

⑦食事療養を受けた保険医療機関等	名　称	ひまわり病院
	所在地	東京都城南区城南1-2-3
⑧入院期間(日数)	(平成)・令和 31 年 4 月 1 日 から 30 日間 (平成)・令和 31 年 4 月 30 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)	23,400 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振込希望の銀行	三井住友 銀行　〇× 支店　(普通)当座 No. 1234567　口座名義人 タイヨウ　ハナコ	

⑪「振込希望の銀行」欄
登録銀行名等を記入する。
登録がない場合は、希望する銀行名等を記入する。

令和 元 年 5 月 10 日

受付日付印