

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		番 号		
② 被 保 険 者	フリガナ			③ 事 業 所	
	氏 名	印			名 称
	生年月日	昭・平	年 月 日		所在地
④ 減額対象者	氏 名			被保険者との続柄	
	生年月日	昭・平	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	平成・令和	年 月 日		
	長期該当年月日	平成・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)	平成・令和	年 月 日 から	日 間		
	平成・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 振込希望の銀行	銀行	支店	〔 普通 No. 当座 〕	口座 名義人	

令和 年 月 日

受付日付印