

※ 健 康 保 険 組 合 決 裁 欄

|       |       |    |          |      |     |   |
|-------|-------|----|----------|------|-----|---|
| 支給決定額 | 円× 日間 | 決裁 | 平成 年 月 日 | 常務理事 | 事務長 | 係 |
|       |       | 交付 | 平成 年 月 日 |      |     |   |

## 健康保険食事療養標準負担額差額支給申請書

|                 |      |            |          |      |     |  |
|-----------------|------|------------|----------|------|-----|--|
| 健康保険証の          |      | 記号         | 番号       |      |     |  |
| 被保険者            | 氏名   | (フリガナ) ㊟   | 事業所      | 名称   | (株) |  |
|                 | 生年月日 | 昭・平 年 月 日  |          | 所属部署 |     |  |
| 減額対象者           | 氏名   | 被保険者との続柄   |          |      |     |  |
|                 | 生年月日 | 昭・平 年 月 日  | 性別       | 男・女  |     |  |
| 被保険者(減額対象者)の住所  |      | 〒 電話番号 ( ) |          |      |     |  |
| 減額認定証の交付を受けている者 |      | 発行年月日      | 平成 年 月 日 |      |     |  |
|                 |      | 長期該当年月日    | 平成 年 月 日 |      |     |  |

|                           |              |    |  |  |  |  |
|---------------------------|--------------|----|--|--|--|--|
| 食事療養を受けた保険医療機関等           | 名称           |    |  |  |  |  |
|                           | 所在地          |    |  |  |  |  |
| 入院期間(日数)                  | 平成 年 月 日     | 日間 |  |  |  |  |
|                           | 平成 年 月 日     |    |  |  |  |  |
| 上記入院期間中に受けた               | 食事日数         | 日間 |  |  |  |  |
|                           | 支払った額(標準負担額) | 円  |  |  |  |  |
| 限度額認定書の交付申請または提出が出来なかった理由 |              |    |  |  |  |  |

|                       |    |    |      |       |
|-----------------------|----|----|------|-------|
| 払渡希望銀行<br>(被保険者名義に限る) | 銀行 | 支店 | 口座番号 | (普・当) |
|-----------------------|----|----|------|-------|