

※ 健 康 保 険 組 合 決 裁 欄

支給決定額	円× 日間	決裁	令和 年 月 日	常務理事	事務長	係
		交付	令和 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・令 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・令和 年 月 日			
		長期該当年月日	平成・令和 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)	令和 年 月 日	日間				
	令和 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 (被保険者名義に限る)	銀行	支店	口座番号	(普・当)
-----------------------	----	----	------	-------