

健康保険 食事療養標準負担額 差額支給申請書

被保険者証	記号		被保険者 氏名		
	番号				
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
	住所				
既に「減額認定証」の交付を受けている場合	発効年月日	令和	年	月	日
	有効期限	令和	年	月	日
	長期該当年月日	令和	年	月	日

※「限度額適用・標準負担額減額認定証」を申請しない場合は「非課税証明書」の添付が必要です。

食事療養を受けた 保険医療機関	名称				
	所在地				
入院の期間・日数	令和	年	月	日から	
	令和	年	月	日まで	日間
上記入院期間中の	食事回数	回		支払った食事療養費標準負担額	円
事前に 減額認定証の交付申請 等ができなかった理由					

※ 支払った食事療養費の標準負担額が確認できる書類(領収書等)の原本を添付してください。
入院期間が複数月にまたがる場合は、診療月毎に申請してください。

※ 保険証の記号が「1300」の方や、請求時に退職されている方は ①振込先をご記入ください。
(ゆうちょ銀行の取り扱いはありません)
上記以外の方は、事業所経由で支給されますので、②委任状欄へご記入ください。

① 振込先 口座	金融機関	銀行 金庫 組合 その他()	本店 支店 出張所 支所	預金 種別	普通			
	口座番号	(フリガナ) 口座名義	()		当座			
② 委任状	本申請に基づく給付金に関する受領を事業主に委任します。				令和	年	月	日
	住所							
	被保険者 氏名							

【被保険者のマイナンバー記載欄】 ※上記に被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です。

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

マイナンバーで申請の場合: 1. 本人確認のため、通知カード等の写しも添付してください。
2. 申請書を郵送する場合は「簡易書留」で送付してください。

健保受付印