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	１６００	被保険者 氏　名	横 浜　泰 矢
	番　号	９８７６５４		

減額対象者	氏　名	横 浜　護 夢	被保険者との続柄
	生年月日	昭・(平)・令　３０　年　４　月　５　日	長　男
	住　所	千葉県市川市〇町〇丁目〇番〇号	

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　３　年　４　月　１　日
	有効期限	令和　３　年　７　月　３１　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	松戸こども〇〇クリニック
	所在地	千葉県松戸市〇町〇丁目〇番〇号
入院の期間・日数	令和　３　年　３　月　２２　日から 令和　３　年　３　月　３１　日まで　　１０　日間	
上記入院期間中の	食事回数　２５　回	支払った食事療養費標準負担額　１１，５００　円
事前に減額認定証の交付申請等ができなかった理由	緊急入院のため、事前の申請は不可能だった	

※　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
（ゆうちょ銀
上記以外の

保険証の記号が「1300」の方や、請求時に退職されている方は、被保険者の振込口座をご記入ください。

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 当座
	口座番号		(ﾌﾘｶﾞﾅ) 口座名義	（　　）	

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　３　年　４　月　１５　日 被保険者　住所　千葉県市川市〇町〇丁目〇番〇号 氏名　横 浜　泰 矢

保険証の記号が記号「1300」以外の方は、委任状欄のみご記入ください。

【被保険者のマイナン　　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、通知ｶｰﾄﾞ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

横浜ゴム健康保険組合