

被保険者  
家 族

# 健康保険 食事療養標準負担額差額支給申請書

●被保険者等記号と番号は、「マイナンバー」資格情報のお知らせ「資格確認書（健康保険証）」のいずれかでご確認ください。	被保険者等記号と番号	—	事業所名 (勤務先名)			
	減額対象者の氏名		生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日	続柄
	減額認定証の交付を受けている者	発効年月日	令和	年 月 日		
		長期該当年月日	令和	年 月 日		
	食事療養を受けた保険医療機関	名称				
		所在地				
	入院期間 および入院日数	令和	年 月 日 から	令和	年 月 日 まで	日間
	入院期間に受けた食事療養に対して支払った額（標準負担額）					円
	減額認定証の交付申請、または減額認定証を保険医療機関等に提出することができなかった理由					
	上記のとおり、食事療養標準負担額の差額を請求いたします。					令和 年 月 日

住所  
被保険者の  
(請求者) 氏名  
電話 ( )

被 保 険 者 の 個 人 口 座	銀行名	
	店番・支店名	
	種類	普通・当座
	口座番号 (右詰め)	.....
	フリガナ	
口座名義		

委 任 状	本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 令和 年 月 日
	被保険者 住所 (請求者) 氏名
	受領代理人 住所 氏名

※ 請求者が資格喪失している場合及び任継者は、個人口座へ振り込みますので、上記の欄に記入してください。(委任状は不要です)

※ ゆうちょ銀行の場合は、店番「通帳の記号5桁」、支店名「漢数字の3文字」、口座番号「通帳の番号8桁」を記入してください。

受領代理人は、必ず事業所(勤務先)の受領代理人を記入してください。

受付日付印

## 【添付書類】(コピー可)

1. 入院期間が確認できる書類
2. 実際に支払った食事療養標準負担額が証明できる書類