

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

※ 支 給 決 議 書	同年月日	平成 年 月 日	常務理事	事務局長	事務局長	経理部長	会計部長	部長	次長	課長	課長補佐	係長	
	決裁年月日	平成 年 月 日											
	支給年月日	平成 年 月 日											
	支給額	拾万 万 千 百 拾 円		取得	昭和 年 月 日								係
				喪失	平成 年 月 日								
	支給期間	自 年 月 日	至 年 月 日	被扶養者認定年月日			昭和・平成 年 月 日						
	発行年月日	平成 年 月 日		長期該当年月日			平成 年 月 日						

(注意事項)

- ①欄は、健康保険の被保険者証に書いてあります。
- ②欄は、該当する文字を丸で囲んでください。
- ③欄は、領収証の標準負担額を記入してください。
- ④欄は、減額認定証の交付を受けられなかった理由または保険医療機関等に提出できなかった理由を具体的に記入してください。
- ⑤と⑥は同一印を使用し、ハッキリ押しつけてください。また、委任状の代理人の住所は必ず事務所の受領代理人の名前を記入してください。

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	① 被保険者証の 記号と番号	② 事業所の名称										
	③ 減額対象者の 氏名	生年月日	⑦ 昭和 平成	年	月	日	⑧ 続柄					
	④ 傷病名	⑤ 発病又は負傷 の年月日		年 月 日								
	⑥ 初診年月日	年 月 日		⑦ 発病又は負傷 の場所								
	⑧ 発病又は負傷 の原因	⑨ 第三者行為に よるものですか		はい・いいえ								
	⑩ 食事療養を受 けた病院等の 名称	⑪ 所在地										
	⑪ 診療に従事し た医師等の 氏名											
	⑫ 診療、薬剤の 支給又は 手当の内容											
	⑬ 減額対象者で の入院期間	平成 年 月 日から	平成 年 月 日まで	日間	⑭ 左記の期間に 支払った 標準負担額				円			
	⑮ 減額認定証の交 付又は提出でき なかった理由											

上記のとおり食事療養標準負担額差額を請求いたします。

平成 年 月 日 ⑯ 〒
被保険者の 住所
氏名 ⑰ ⑱
出版健康保険組合殿 電話 ()

委 任 状	私は	を代理人と定め平成 年 月 日に請求した食事療養標準負担額差額金										
	⑲ 本人	住所 〒	平成 年 月 日									⑳
備 考	⑳ 代理人	住所 〒										㉑

- ① 標準負担額に要した費用の額に関する領収証
 - ② 減額認定証(ただし、交付を受けていないときは交付申請書を併せて提出してください)
 - ③ 傷病が第三者の行為によるものであるときは、「第三者行為による傷病届」
- 7、添付書類
6、退職後の請求である場合は振込先(銀行名・支店名・口座番号・口座名義人)を備考欄に記入してください。