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												
伺年月日	平成　年　月　日	常務理事	事務局長	事務局次長	経理部長	会計課長	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・平成　年　月　日								係
支給期間	自　年　月　日 至　年　月　日	喪失	平成　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、①欄は、健康保険の被保険者証に書いてあります。
2、⑨欄は、該当する文字を丸で囲んでください。
3、⑭欄は、領収証の標準負担額を記入してください。
4、⑮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、⑱と⑳は同一印を使用し、ハッキリ押してください。また、委任状の代理人のところは必ず事務所の受領代理人の名前を記入してください。
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。
7、添付書類
(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」
8、※印の欄は記入しないでください。

被保険者が記入するところ

①被保険者証の記号と番号	5133 / 264	②事業所の名称	株式会社○×書店
③減額対象者の氏名	健保 太郎	生年月日	㋐昭和 34年 7月 13日
		㋑続柄	本人
④傷病名	食道潰瘍	⑤発病又は負傷の年月日	30年4月1日
⑥初診年月日	30年4月1日	⑦発病又は負傷の場所	
⑧発病又は負傷の原因	不詳	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	㋐名称 △×病院	㋑所在地	千代田区三崎町×-×-×
⑪診療に従事した医師等の	氏名 駿河 太郎		
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30年4月1日から 平成30年4月27日まで 26日間	⑭左記の期間に支払った標準負担額	20,280円
⑮減額認定証の交付又は提出できなかった理由	入院中で手続きが遅れた為		

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30年5月9日

被保険者の ⑯住所 〒○×△-××××　大和市中央林間×-×-×

氏名 健保 太郎　健保　⑱

⑰電話 03 (3976) ××××

出版健康保険組合殿

委任状

私は 千代田 太郎 を代理人と定め平成30年5月9日に請求した食事療養標準負担額差額金　　円也の受領方を委任します。

平成30年5月9日

⑲本人 住所 〒○×△-×××× 大和市中央林間×-×-×

氏名 健保 太郎　健保　⑳

㉑代理人 住所 〒○×△-×××× 台東区東上野×-×-×

氏名 株式会社○×書店 千代田太郎　千代田　㉒

備考

個人番号												

記号・番号を記載した場合は個人番号の記載は不要です。

※個人番号を記載される場合には、①個人番号確認（通知カード又は個人番号記載住民票の写し）②身元確認（運転免許証又はパスポート等）の添付書類が必要となります。また、個人番号が記載された申請書を事業主経由で提出する場合、「委任状などの代理権が確認できる書類」「代理人の身元確認書類」等の添付が必要になります。