

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	事務局次長	事務局次長	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。また、委任状の代理人のときは必ず事務所の受領代理人の名前を記入してください。
- ⑤欄は、減額認定証の交付を受け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。また、委任状の代理人のとき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	昭和 年 月 日	平成 年 月 日	① 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	⑦							① 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

⑮ 〒

住所
被保険者の 氏名

⑯ ⑰

出版健康保険組合殿

電話

()

委 任 状	私は 標準負担額差額金を 平成 年 月 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 年 月 日
	⑱ 本人 住所 〒 氏名	⑲ ⑳
備 考	⑳ 代理人 住所 〒 氏名	㉑ ㉒

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。