

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	被保険者等 記号番号	9999 - 99999	事業所名称	株式会社 ○×出版社		
	氏名	健保 太郎		生年月日	昭和 53 年 1 月 1 日 平成	
	住所	〒 101 - 8304 千代田区神田駿河台1-7		電話番号 (携帯電話)	090 (××××) ××××	
減額対象者	氏名	健保 花子		生年月日	昭和 56 年 12 月 31 日 平成 令和	
	被保険者との続柄	妻	長期該当年月日 (過去1年間の入院期間が90日超)		令和	年 月 日
傷病名		胃癌	発病または負傷の原因	不詳		
食事療養を受けた保険医療機関等	名称	△×病院				
	所在地	港区南青山×-×-×				
入院期間		令和 7 年 4 月 23 日 から 令和 7 年 5 月 17 日 まで 25 日間				
入院期間に受けた食事療養に対し支払った金額(標準負担額)				34,790 円		
減額認定証の交付申請または提出ができなかった理由		入院中で手続きが遅れたため				

※1 会社にお勤めの方は下記の委任状欄の「被保険者(申請者)」に氏名を記入し、会社経由で申請してください。

委任状	食事療養標準負担額差額金の受領を下記の代理人に委任します。				令和 7 年 7 月 1 日
	被保険者 (申請者)	氏名	健保 太郎		
	受領代理人 (口座名義人)	氏名	出版 大輔		

※2 会社を退職している方は下記の振込先を記入し、申請してください。

振込先	銀行	本店	口座番号	
	信用金庫	支店	フリガナ	
	信用組合			
預金種別	普通・当座	口座名義		

個人番号	□	□	□	□	□	□	□	□	□
------	---	---	---	---	---	---	---	---	---

受付日付印

※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。

【添付書類について】

- ①入院期間及び食事療養に対し支払った標準負担額を確認できる書類
- ②標準負担額減額認定証または標準負担額減額認定申請書