

常務理事 Managing Director	事務長 Office Manager	担当 PIC	係 Clerk

健康保険食事療養標準負担額差額支給申請書
Application Form for Difference Payment of Health Insurance Inpatient Meal Standard Expenses

被 保 険 者 情 報 Information about Insured Person	被保険者等の Insured Person's	記号 Symbol ※記号・番号が不明の場合は、番号欄に社員番号をご記入ください。 *If the Symbol/Number is unknown, please fill in your employee number in the number field.	番号 Number	生年月日 Birth Date 年 YYY Y 月 MM 日 DD		
	氏名 Name			事業所名称 Business Entity Name		
	住所 Address	(〒 -)				
減額対象者 Person Eligible for Reduction	氏名 Name	生年月日 Birth Date 年 YYY Y 月 MM 日 DD			被保険者との続柄 Relation to Insured Person	
減額認定証の交付を受けている者 Recipient of Copayment Reduction Certificate	発行年月日 Date of Issue		年 YYY Y 月 MM 日 DD			
	長期該当年月日 Date of Long-term Qualification		年 YYY Y 月 MM 日 DD			

食事療養を受けた 保険医療機関等 Insurance Medical Care Facility, etc. Where Dietary Treatment Were Provided	名称 Name					
	所在地 Location					
入院期間 (日数) Period of Hospitalization (Number of days)	年 YYY Y 月 MM 日 DD から to		日間 days			
	年 YYY Y 月 MM 日 DD まで					
入院期間に受けた食事療養に対し支払った額 (標準負担額) Amount Paid for Dietary Treatment Received During Hospitalization Period (Standard Copayment Amount)	円 yen					
減額認定証の交付申請又は提出ができなかった理由 Reason for Inability to Apply for/Submit Copayment Reduction Certificate						

[注意事項] Important Notes

受付日付印

- 被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請を希望する場合は 健保組合までご相談ください。
If you wish to apply using your My Number instead of your insurance card Symbol and Number, please consult with the FR Health Insurance Organization.
- 給付金支払先は、原則、給与振込口座となります。
給与口座以外への振込を希望される方は、金融機関名称、支店名、口座番号、口座名義の確認できるもののコピーを添付してください。
(振込は被保険者本人名義の口座に限ります。)
In general, benefits will be paid to the salary transfer account.
If you would like to transfer benefits to an account other than your salary account, please attach a copy of a document that can be used to confirm the financial institution name, branch name, account number, and account holder name. (Note that benefits can only be transferred to accounts in the name of the insured person.)