

常務理事	事務長	担当	係

## 健康保険食事療養標準負担額差額支給申請書

被保険者情報	被保険者証の	記号	番号	生年月日 年 月 日	
	氏名			事業所 名称	
	住所	(〒 - )		TEL ( )	※日中に連絡がとれる電話番号を記入してください。
減額対象者	氏名	生年月日 年 月 日		被保険者との続柄	
減額認定証の交付を受けている者		発行年月日	年 月 日		
		長期該当年月日	年 月 日		

食事療養を受けた 保険医療機関等	名称				
	所在地				
入院期間 (日数)	年 月 日 から		日間		
	年 月 日 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)		円			
減額認定証の交付申請又は提出ができなかった理由					

給付金支払先	<b>給付金支払先は、原則、給与振込口座となります。</b>					
	尚、給与振込口座へ振り込みを希望されない方は、下記へ被保険者本人名義の振込希望口座をご記入ください。					
	振込先 銀行	銀行 金庫・農協			支店	※口座番号は左詰めでご記入ください
	[金融機関コード				口座 番号	
預金 種別	普通・当座 貯蓄	口座 名義	(1) 漢字	(2) カタカナ		

社会保険労務士 提出代行者の印	印
--------------------	---

/ 受付日付印 \

【備考】(①欄に記号番号を記入した場合は記入不要です。)

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより請求する場合は備考欄に記入してください。  
マイナンバーを記入する場合、個人番号及び本人を確認するための添付書類が必要です。