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	被保険者等の	記号 ※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。	番号	生年月日 年　月　日	
	氏　名			事業所名称	
	住　所	(〒　ー　)		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 年　月　日　まで	日間
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	**給付金支払先は、原則、給与振込口座となります。** 尚、給与振込口座へ振り込みを希望されない方は、以下いずれかにチェックを入れてください。(被保険者名義の口座に限る)	
	□	マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。 注)口座情報の反映には、登録から数日を要します。
	□	給与振込口座、マイナポータル等で事前登録した公金受取口座以外を希望します。 〔必要添付書類〕 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 注1)海外送金はできません。 注2)電子マネーでの送金はできません。

〔注意事項〕
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。

受付日付印