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 1234	番号 12345678	生年月日 昭和 50 年 6 月 日	
		※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。			
	氏　名	山口 太郎		事業所	株式会社＊＊＊＊＊
	住　所	（〒		（　　）	
減額対象者		氏名 山口 花子	生年月日 昭和 52 年 10月 1日	被保険者との続柄 妻	
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		

ご自身の勤務先会社名を記入してください。

ご自身の現住所と、日中に連絡が取れる電話番号を記入してください。

食事療養を受けた保険医療機関等	名　称	＊＊＊＊病院
	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
	□	給与振込口座、マイナポータル等で事前登録し 〔必要添付書類〕 金融機関名称、支店名、口座 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。

給与振込口座以外の口座をご希望の場合にのみ該当の欄にチェックを入れてください。

〔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