

# 記入例

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	1234	番号	12345678	生年月日	昭和 50 年 6 月 1 日
	氏名	山口 太郎			事業所	
	住所	<small>(〒 - ) ※日中に連絡がとれる電話番号を記入してください。</small> 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。				
減額対象者	氏名	山口 花子	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		

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)	から	* * 年 * * 月 * * 日
	まで	* * 年 * * 月 * * 日
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	給付支払先は、原則、被保険者名義の口座に限ります。 給与口座以外の口座をご希望の場合は、被保険者名義の銀行口座をご記入ください。	
	預金種別	[金融機関コード] <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 普通・当座 口座名義 (1) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	カタカナ	

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

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。