

食事療養標準負担額差額支給申請書

申請日 令和 年 月 日

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者証 記号・番号	記号				番号							
	被保険者 氏名					生年月日	S・H	年	月	日			
	住所												
	所属 <small>任継・特退者の方は 記入不要</small>	事業所(会社)名						社内TEL					
	対象者氏名					生年月日	S・H・R	年	月	日	続柄		
	入院先の医療機関	名称											
		所在地											
	入院期間 (日数)	年 月 日から		年 月 日まで 日間									
	入院期間に支払った食事代の額 (標準負担額) ※領収書(写)を添付						円						
	既に減額認定証の交付を 受けている場合のみ記入	発行年月日		年 月 日									
		長期該当の場合 のみ記入		年 月 日									
	減額認定証の交付申請または 医療機関へ提出ができなかった理由												
	備考												
	事業所記入欄	所属	事業所名						部		課		担当者受付印
担当者						TEL (MIND)							
健保記入欄	支給決定額	円			支給決定日	令和	年	月	日				
	所得者区分 ()	支給額計算 円 - (1食 円 × 食) =											
	備考					常務理事			担当者				

注意事項 1.入院期間に支払った食事療養費標準負担額が明記されている領収書(写)を添付してください。
2.本様式に記載された個人情報は、別途事業主及び健康保険組合により公表の利用目的の範囲内で活用されます。