

支給決議	同年月日	・	・	取得年月日	・	・	常務理事	事務長	所属長	担当者	担当者
	支給額										
	支給期間	自 平・令	年	月	日	日数	日間	備考			
		自 平・令	年	月	日						

事業所コード	事業所名	被保険者 家族 食事療養標準負担額差額支給申請書	事業所	所属長	担当者

申請日 令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日

被保険者情報	記号・番号	16 01 - 123456	被保険者氏名	フリガナ ケンコウ タロウ 健康 太郎	
	被保険者住所	〒 000 - 0000 東京都〇×区 1-2-3 ☎ 00 - 0000 - 0000		生年月日	昭和 平成 令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日

減額対象者	減額対象者	フリガナ ケンコウ ハナコ 氏 名 健康 花子	続柄	妻	生年月日	昭和 平成 令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日
	食事療養を受けた医療機関	名 称 東京〇〇〇病院 所在地 東京都〇〇区 1-1				
	入院期間及び入院日数	令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日から 〇〇 日間 令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日まで	左記の期間に支払った標準負担額	※2 4,500 円		
	減額認定証の交付申請又は医療機関等に提示できなかった理由	※1 手続き中で手元に認定証がなかったため				

委任状	上記のとおり申請します。 本申請に基づく在籍期間中の食事療養標準負担額差額の受領は代理人(事業主)に委任します。 (在籍者の振込先は給与口座となります) 令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 被保険者 氏名 健康 太郎	委任者 所在地 事業所 名称 事業所長 名	記入不要

喪失(退職)者、任意継続被保険者、被保険者死亡時の請求者は直接振り込みとなりますので、振込先口座を記入してください。 但し、事業所を通しての支払い希望の場合は記入不要です(給与口座へ振り込み) 口座は請求者名義のみとなります。										支 払	決 議	受 付
振込先	銀 行				支 店							
	普通預金	口座番号	No.									
名義人(カタカナ)												

- 1.「※1」の欄には、減額認定証の交付を受けられなかった理由又は病院等に提出できなかった理由を具体的に記入してください。
- 2.「※2」の欄は、領収書の標準負担額を記入してください。
- 3.添付書類
- (1)入院期間に支払った食事療養費の標準負担額が明記されている「領収書(原本)」
- (2)減額認定証の交付を受けていない方は「標準負担額減額認定申請書」および「非課税証明書」
- (3)指定難病・小児慢性特定疾患の対象の方は、市区町村で発行される「受給者証(写)」