

健康保険組合 入院時食事療養標準負担額差額 支給申請書

| | | | | | |
|--|-------|------------------------------|--|---|--|
| 被保険者番号 | | ※被保険者（申請者）氏名 (フリガナ) | | 住 所 | |
| | | | | 〒 屋間連絡先 TEL() - | |
| 食事療養を受けた者の氏名 | | (フリガナ) | | 被 保 険 者 と の 続 柄 01:本人 11:夫 12:妻 21:長男 22:次男 23:三男 31:長女 32:次女 33:三女 51:父 52:母 その他() | |
| 食事療養を受けた者の 生 年 月 日 | | 年 月 日生 | | | |
| 傷 病 名 | | | | 発病または負傷の原因 | |
| 入 院 期 間 | | (自) 年 月 日 (至) 年 月 日 日間 | | | |
| 標準負担額減額認定証の 交付申請又は、病院等へ 提出できなかった理由 | | | | 支払った標準負担額の合計 | |
| | | | | 減額認定証の発行年月日 | |
| | | | | 減額認定証の 長期該当年月日 | |
| | | | | 業務（通勤）災害・準災害による ものですか | |
| | | | | 第三者の行為（交通事故等）による ものですか | |
| 食事療養を 受けた 病院等 | 所 在 地 | 都道府県 | | | |
| | 名 称 | | | | |

| | |
|------------------|---|
| 添 付 資 料 | <input type="checkbox"/> 支払った標準負担額の領収書「原本」 <input type="checkbox"/> 標準負担減額認定証「写」 |
| | <標準負担減額申請月以前12か月以内に入院日数が91日以上あったとき> <input type="checkbox"/> 入院期間が記載されている領収書「原本」 |