

【食事療養標準負担額差額支給申請用】		入院日数が90日を超えた日	平成 年 月 日 令和
支給期間	自平成・令和 年 月 日 至平成・令和 年 月 日 日間	日額	91日目から 円× 日間 円× 日間

被保険者
被扶養者 健康保険療養費支給申請書

記号番号	被保険者の氏名					
被保険者の現住所及び電話番号	〒 - () -					
事業所の名称及び所在地						
標準負担額の減額される方	氏名	生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日	続柄		
診療を受けた病院等の	名称					
	所在地					
傷病名						
入院期間	平成・令和 年 月 日から平成・令和 年 月 日まで 日間					
上記の期間に支払った標準負担額		円				
◎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						
備考						

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する場合は、備考欄へ記載してください。(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認のため添付書類要)

委任状	本申請に基づく給付金の受領に関する権限を代理人に委任します。 令和 年 月 日	
	被保険者	住所 氏名
	代理人	住所 氏名
公金受取口座	□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。 (利用する場合のみ <input checked="" type="checkbox"/> 、利用しない場合下記金融機関名を記入)	
払渡希望銀行	銀行 信用金庫	支店
口座番号	1. 普通預金	口座名義
	2. 当座預金	フリガナ 氏名

※この申請書には、入院期間に係る標準負担額の領収証(原本)を添付してください。