

【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 円×	91日目から 日間	円×

被保険者 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					

被保険者等の記号番号がわからない場合にはマイナンバーを上記の備考欄へ記入してください。(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	<input type="checkbox"/> 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	フリガナ	
	2. 当座預金		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。