

【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	〒 ー () ー						
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	□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☑、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。