

健康保険食事療養標準負担額差額支給申請書
(標準負担額減額の特例)

被保険者証記号番号	00001-999999			
被保険者	氏名	三菱 太郎 (印)	事業所 名称	本社
	生年月日	S35年 7月 2日	事業所 所在地	〇〇県 〇〇市 〇〇町1
減額対象者	氏名	三菱 二子	被保険者との続柄	妻
	生年月日	S40年 1月 1日		
被保険者(減額対象者)の住所	東京都 世田谷区 駒沢1-1-1			
減額認定証の交付を受けている者	発行年月日	平成 15年 〇〇月 〇〇日		
	長期該当年月日	平成 年 月 日		

食事療養を受けた保険医療機関等	名称	三菱病院		
	所在地	東京都千代田区1-1-1		
入院期間(日数)	平成 15年 〇〇月 〇〇日から	〇〇日間		
	平成 15年 〇〇月 〇〇日まで			
入院期間に受けた食事療養に対し支払った額(標準負担額)	〇〇〇〇 円			
減額認定証の交付申請又は提出ができなかった理由	入院中で手続きが遅れたため。			

組合記入欄	常務理事	係

- 注意 1. この申請書は、入院時食事療養費の減額対象者が減額認定証の交付申請又は提出ができず標準負担額で医療機関に支払をした場合、減額差額分を請求する時に提出する。
2. 減額申請書(非課税証明、被保険者証含む)又は、減額認定証を添付すること。
3. 減額差額分の支給を行った時は「減額台帳」に記入のこと。
又、標準負担額減額の特例に該当しないと認めた時は「標準負担額差額不支給通知書」を発行し、「減額台帳」に記入のこと。