

款	支給額
項	
目	円

常務理事	常務代理	事務長	事務	事務	担当者

健康保険食事療養標準負担額差額支給申請書

アンリツ健康保険組合御中

令和 年 月 日提出

被 保 険 者	被保険者証	記号	1	3	番号							
	氏名							電話				
	住所	〒										
	備考欄											
	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、本人確認をするための添付書類が必要です)											
以下により請求します。ただし、保険給付金の在職中受給を書き事業主に委任します。												
減 額 対 象 者	氏名							被保険者との続柄				
	生年月日	昭・平・令	年	月	日	性別	男・女					
	住所											
	傷病名											
食 事 療 養 を 受 け た 保 険 医 療 機 関 等	医療機関名											
	所在地											
	入院期間(日数)	令和	年	月	日	から	令和	年	月	日	まで	日間
	上記期間の食事日数(回数)							日間(回)				
	上記期間に支払った標準負担額							円				
減額認定証の交付申請または提示が出来なかった理由												
事業主証明	<p>この請求が正しいことを証明します。</p> <p>委任を受けた保険給付は当事業所と貴組合との間で定められた方法で受領し、請求者へ支給します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>事業所名</p> <p>事業主(代理人)名</p>											

※支給対象期間に支払った標準負担額の領収書のコピーを添付

受付印

健 保 記 入 欄	資格取得日	昭平令	年	月	日	長期入院	該当↓・不該当			
	扶養認定日	昭平令	年	月	日		平令	年	月	日
	減額認定証	令和	年	月	～	令和	年	月	日	
	支給期間	令和	年	月	日	～	令和	年	月	日
	(460円-210円) : 回 =					円	備考			
	(460円-160円) : 回 =					円				
(円 - 円) : 回 =					円	合計			円	