

健康保険食事療養標準負担額差額支給申請書

被保険者証	記号		番号							
被保険者	氏名							事業所		
	生年月日	S・H・R	年	月	日	名称				
減額対象者	氏名							所在地		
	生年月日	S・H・R	年	月	日	被保険者との続柄				
被保険者（減額対象者）の住所		〒 -								
減額認定証の交付を受けている者	発行年月日	S・H	年	月	日					
	長期該当年月日	S・H	年	月	日					
食事療養を受けた保険医療機関等	名称									
	所在地									
入院期間（日数）	H・R		年	月	日	から				
	H・R		年	月	日	まで	日間			
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）									円	
減額認定証の交付申請または提出が出来なかった理由										

R 年 月 日