

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	日間		
		H・R	年	月	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）		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