

【第一生命従業員(キャリアローテーション者含む)】DN総務事務センター経由・【第一生命以外グループ会社従業員】各社総務経由

第一生命健康保険組合 御中

受信No.

記入年月日	令和 年 月 日
所属またはグループ会社名(任意継続者・特例退職者は記入不要)	
部	課
支社	営業オフィス
会社	

健康保険食事療養標準負担額差額支給申請書

※記号・番号の確認方法や書き方は、記入見本を参照してください

健康保険の資格情報		記号					番号								
被保険者	氏名					減額対象者	氏名					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				令和 年 月 日									
		長期該当年月日				令和 年 月 日									

被保険者記入欄	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)	令和 年 月 日 から [日間] 令和 年 月 日 まで (*入院期間が確認できる書類を添付する。)											
	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 (*領収書等、現に支払った標準負担額が確認できる書類を添付する。)											
	減額認定証の交付申請又は提出ができなかった理由	① 減額認定証の交付申請手続き中 ② その他 ()											
上記のとおり申請いたします 令和 年 月 日 併せて給付金の受領を事業主に委任いたします(注2) 〒 被保険者 住所 氏名													
昭和 平成 令和 年 月 日生													

- (注) 1. 食事療養に対し支払った領収書を添付してください ⇒ ☐ 領収書を添付しました
2. 受領委任については任意継続者・特例退職者は対象外です
(健保組合ご登録の保険料振替口座に支給します)
3. 給付を受ける権利は、医療機関等に費用を支払った翌日から2年で時効となります

健保組合処理欄	保険給付金				食事回数		備考欄				
	円				回						
	常務理事	事務長	担当	検算	支払	常務理事	事務長	担当			入力者・入力日