

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

被保険者証	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 _____		昭 和 平 成 令 和	年 月 日生
氏名 _____			

- (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	常務理事	事務長	担当	入力者・入力日			
					払							