

給付申請書名	食事療養費差額支給申請書
目的	◇やむを得ない理由で減額認定証が窓口で提示できず、標準負担額の減額を受けられなかった場合の申請手続き。 ◇申請により、減額分の差額が払い戻される。
提出締切	◇健保組合に月末までの到着分が翌月25日に支給される。(第一生命従業員は給与計上。任意継続・特例退職者は保険料振替口座に送金) 第一生命以外の会社の従業員は翌月25日以降に、所属の会社から支給される。

【記入見本】

【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	

①

健康保険食事療養標準負担額差額支給申請書

②	被保険者証	記号	2	×	×	×	×	番号	1	0	×	×	×	×	×
③	被保険者	氏名	第一 花子				④減額対象者	氏名	第一 良子				続柄	母	
⑤	被保険者(減額対象者)の住所		〇〇県〇〇市〇〇×× 1-1-△												
⑥	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	

⑦	食事療養を受けた保険医療機関等	名称	〇×〇△△病院												
		所在地	〇〇県〇〇市〇〇×× 3-3-×												
⑧	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。)													
⑨	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。	
⑩	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													
⑪	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		〇〇県〇〇市〇〇×× 1-1-△												昭和 平成 令和 年 月 日 生	
氏名		第一 花子												印	

(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							

R3.4

添付書類	① 領収書等、実際に支払った標準負担額が確認できる書類 ② 入院日数が90日を超える場合・・・入院事実のわかる書類
------	--

【記入項目の説明】

番号	項目名	説明
①	所属	部、支社（営業オフィス）、グループ会社名を記入する。
②	被保険者証の記号番号	健康保険証の記号番号を記入する。
③	被保険者	被保険者の氏名を記入する。
④	減額対象者	減額対象者の氏名・被保険者との続柄を記入する。
⑤	被保険者（減額対象者）の住所	減額対象者の住所を記入する。
⑥	減額認定証の交付を受けている者	既に交付を受けている場合、減額認定証の「発効年月日」「長期入院該当」年月日を記入する。
⑦	食事療養を受けた保険医療機関等	入院していた病院名・所在地を記入する。
⑧	入院期間	入院していた期間・日数を記入する。 過去1年間で通産入院日数が90日を超える場合は、入院期間が確認できる書類（領収書等）を添付する。
⑨	食事療養に対し支払った額	標準負担額の入院期間に支払った合計額を記入する。
⑩	減額認定証が提出できなかった理由	いずれかに○をし、その他の場合は理由を記入する。
⑪	上記の通り申請いたします	本人が必ず記入する。（記名、押印1ヶ所）