被保険者
健康保険 食事療養標準負担額差額支給申請書
家族

健康保険組合		
常務理事	事務長	扱者

注 意

当申請より先に「**T0420 健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書**」を提出して減額認定を受けて下さい。
減額認定を受けていない場合は、速やかに申請頂きますようお願い致します。

請求日 年 月 日 ※被保険者氏名、委任状欄は入力できません。手書きでお願いします。

被 保 者 記 入 欄	被保険者等 記号・番号	記号 - 番号	被保険者 氏名	(フリガナ)		
	事業所			所 属	(内線・外線)	
	対象者 氏名	(フリガナ)		生年 月日	昭和 平成 令和	年 月 日 続柄
	食事療養を受けた 医療機関等	名 称				
		住 所				
	入院期間	年 月 日から	日間	左記間中に支払った 標準負担額	円	
		年 月 日まで				
	既に減額認定証の 交付を受けている場合	発行日	年 月 日	長期該当年月日	年 月 日	
	減額認定証（標準負担減額認定書）の 交付申請または医療機関等へ 提出できなかった理由					
	委 任 状	工機ホールディングス健康保険組合 理事長 殿 本請求に基づく給付金の受領を 殿に委任します。 年 月 日				
※任意継続 者、退職者は 記入不要です	住所 被保険者 氏名					

添付書類 医療機関が発行した食事療養費が記載された領収証の原本

【任意継続者・退職者（資格喪失者）記入欄】

振 込 先	銀行	店 支店 出張所	口座番号	預金種別	普通 ・ 当座
	信金		フリガナ		
	信組		口座名義		
	労金		電話番号		
	農協				

健 保 記 入 欄	資格取得日	支給額	円	内訳	食事療養費	円
	資格喪失日				家族食事療養費	円
備考				出納 印	受付 印	