

部門	歳出部	金額
		円
款	保険給付費	備考
項	法定給付費	
目	入院時食事療養費	
	第二家族療養費	

支給決定伺		
年 月 日		
常務理事	事務長	担当者

健康保険食事療養標準負担額差額支給申請書

〇〇年 〇〇月 〇〇日

被保険者証	記号 〇〇〇〇	番号 〇〇〇〇		
被保険者	氏名	健康 太郎		
	生年月日	〇〇年 〇〇月 〇〇日		
減額対象者	氏名	健康 花子	被保険者との続柄	妻
	生年月日	〇〇年 〇〇月 〇〇日		
被保険者（減額対象者）の住所		〇〇県〇〇市〇〇町1-1		
減額認定書の交付を受けている者	発行年月日	〇〇年	〇〇月	〇〇日
	長期該当年月日	〇〇年	〇〇月	〇〇日

食事療養を受けた保険医療機関	名称	〇〇〇〇医院		
	所在地	〇〇県〇〇市〇1		
入院期間（日数）	〇〇年 〇〇月 〇〇日から 〇〇年 〇〇月 〇〇日まで 〇〇日間			
入院期間中に受けた	食事日数	〇〇日間		
	支払った額（標準負担額）	〇〇〇, 〇〇〇円		
減額認定証の交付申請または提出ができなかった理由				

委任状

事業主を代理人として、健康保険組合より支給される食事療養費差額の受取方の件を委任いたします。

被保険者 氏名 健康 太郎