

支給決議	同年月日	取得年月日	常務理事	事務長	所属長	担当者	担当者
	支給額	喪失年月日					
	支給期間	自 平・令 年 月 日 日数	至 平・令 年 月 日 日間	備考			

事業所コード	事業所名	<del>被保険者</del> <b>家 族</b>	<b>食事療養標準負担額差額支給申請書</b>	事業所	所属長	担当者
0 1	本社					

記号	番号	フリガナ	健康 桜子		生年月日	昭 平 令和 平 〇〇 〇〇 〇〇	
16 0 1	56789	氏名	健康 桜子		〒	00-000-0000	
現住所	〇〇県xx市〇〇町5-2-4				取得年月日	平成 令和 〇〇 〇〇 〇〇	
適用事業所	山崎製パン株式会社				喪失年月日	令和 .	
減額対象者	フリガナ	健康 次郎	生年月日	昭和 平成 令和 〇〇 〇〇 〇〇	認定月日	平成 令和 〇〇 〇〇 〇〇	
減額認定証発行年月日	令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日	長期該当年月日	平・令 年 月 日	コード	2 1	続柄	夫
食事療養を受けた医療機関等	名称	〇〇総合病院		発病又は負傷年月日	平成 (令和) 〇〇年 〇〇月 〇〇日		
	所在地	〇〇県××市△△1-1-1		発病又は負傷の原因	第三者の行為によるものですか	はい	いいえ
減額対象者での入院期間	令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日 から	20 日間	左記の期間に支払った標準負担額	9,200 円			
減額認定証の交付又は提出できなかった理由	手続き中で手元になかったため						

委任状	令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日に請求した食事療養標準負担額差額の受療を委任いたします。	委任者	所在地	東京都千代田区岩本町3-10-1
	令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日	受領者	事業所名称	山崎製パン株式会社
	本住所	〇〇県××市〇〇町5-2-4	事業所長名	事業 太郎
	人氏名	健康 桜子		

※喪失後(退職)の支払い方法	令和 年 月 日提出				支払	決議	受付
	振込	銀行 支店					
	先	普/当 No.	名義人 (カタカナ)				

- 「減額認定証の交付又は提出できなかった理由」欄には、減額認定証の交付を受けられなかった理由又は病院等に提出できなかった理由を、具体的に記入してください。
- 「左記の期間に支払った標準負担額」の欄は、領収証の標準負担額を記入してください。
- 添付書類
  - 標準負担額に要した費用の額に関する領収証
  - 減額認定証 (ただし、交付を受けていないときは交付申請書を併せて提出してください。)
  - 傷病が第三者の行為によるものであるときは、「第三者の行為による傷病届」