

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 至 平・令 年 月 日	日数	日間	備考		

事業所コード	事業所名

被保険者
家族

食事療養標準負担額差額支給申請書

事業所	所属長	担当者

記号	番号	フリガナ	生年月日	昭・平
16		氏名		
現住所	〒		〒	
適用事業所			取得年月日	平成 令和
			喪失年月日	令和
減額対象者	フリガナ	氏名	生年月日	昭和 平成 令和
			認定月日	平成 令和
減額認定証発行年月日	令和 年 月 日	長期該当年月日	令和 年 月 日	
食事療養を受けた医療機関等	名称	所在地		
傷病名		発病又は負傷年月日	平成 令和 年 月 日	
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 年 月 日から	日間	左記の期間に支払った標準負担額	円
	令和 年 月 日まで			
減額認定証の交付又は提出できなかった理由				
委任状	令和 年 月 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。	令和 年 月 日	委任者	所在地 事業所名称 事業所長名
	本住所人氏名			
※喪失後(退職)の支払い方法	令和 年 月 日提出		支払	決議
	振込	銀行 支店		
ア. 事業所を通して支払い	普/当	No.		
イ. 銀行振込(請求者名義のみ)	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」