|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 資格 | 年　 　月 　　日　取得 | 支給並支払決定伺 | | | |
| 年 　　月　 　日　喪失 | 起案 | | | |
| 承認金額（標準負担額） | | 施行 | | | |
|  | | 常務理事 | 事務長 | 係員 | 係員 |
| 入院時食事療養費（差額） | |  |  |  |  |
|  | |

**健康保険食事療養標準負担額差額支給申請書**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 記　　号 | |  | | 番　　号 | | |  | | |
| 被保  険者 | 氏　　名 |  | | | | 事業所 |  | | |
| 生年月日 |  | | | |
| 減額  対象者 | 氏　　名 |  | | | | 生年  月日 | 昭・平・令  　    年    月    日 | | |
| 続柄 |  | | | |
| 被保険者（減額  対象者）の住所 | |  | | | | | | 長期入院 | 該　当  非該当 |
| 減額認定書の交付を受けている者 | | | 発行年月日 | | 平・令　    年    月    日 | | | | |
| 長期該当年月日 | | 平・令　    年    月    日 | | | | |
| 食事療養を受けた 保険医療機関等 | | | 名称 | |  | | | | |
| 所在地 | |  | | | | |
| 入院期間（日数） | | | | | 平・令　    年    月    日から | | | | |
| 平・令　    年    月    日まで　 日間 | | | | |
| 入院期間中に受けた食事に対して  払った本人負担額（標準負担額） | | | | | 円 | | | | |
| 減額認定証の交付申請又は提出ができなかった理由 | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |

令和　    年    月    日

健康保険食事療養標準負担額減額支給申請にあたって

既に支払った標準負担額1食460円と減額認定後の標準負担額1食210円（長期該当により差額が生じた場合は160円と100円）との差額を次のいずれかの項目に該当する場合は健保本部へ申請することができます。

* 減額認定証を何らかの理由で保険医療機関等に提示できずに標準負担額を支払った時
* 標準負担額を支払う時迄に、何らかの理由で減額認定証の交付が受けられなかった時

(平成18年3月までは、1日単位での負担方法になっています。一般：780円、減額後650円、90日以上500円と300円)

＜添付書類＞

　＊入院期間の確認できる書類

　＊今回申請する既に支払った標準負担額を証明する書類

既に減額認定証の交付を受けている方は減額認定証を、これから申請される方は減額申請書を併せて添付して下さい。