

令和 年 月 日

三菱重工健康保険組合 理事長 殿

健康保険 食事療養標準負担額差額支給申請書
(標準負担額減額の特例)

被保険者	保険証 記号・番号	—	事業所	
	氏 名		連絡先(日中)	
	生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日		
	住所	〒 —		
減額対象者	氏 名		被保険者との続柄	
	生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日		
既に減額認定証の交付を受けている場合	発行年月日	令和 年 月 日		
	長期該当年月日	令和 年 月 日		
食事療養を受けた保険医療機関等	名 称			
	所在地			
入院期間(日数)	令和 年 月 日から	日間		
	令和 年 月 日まで			
入院期間に受けた食事療養に対し支払った額(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				

<注意>

- この申請書は、入院時食事療養費の減額対象者が減額認定証の交付申請又は提出ができず標準負担額で医療機関に支払をした場合、減額差額分を請求する時に提出する。
- 非課税証明書(原本)又は、減額認定証(コピー)を添付すること。

組合記入欄	常務理事	事務長	担当	健保受付