

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	被保険者等 記号・番号	1 — 999999	事業所	〇〇〇〇株式会社
	氏名	三菱 太郎	連絡先(日中)	〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇
	生年月日	昭和・平成・令和 ○〇年 ○〇月 ○〇日		
	住所	〒 〇〇〇 — 〇〇〇 〇〇県〇〇市〇〇町1-2-3		
減額対象者	氏名	三菱 花子	被保険者との続柄	妻
	生年月日	昭和・平成・令和 ○〇年 ○〇月 ○〇日		
入院期間が長期該当の場合(91日目以降～)		長期該当年月日	令和 ○年 ○〇月 ○〇日	
食事療養を受けた保険医療機関等	名称	〇〇〇〇病院		
	所在地	〇〇県〇〇市〇〇町4-5-6		
入院期間(日数)	令和 ○年 ○〇月 ○〇日 から	日間		
	令和 ○年 ○〇月 ○〇日 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)		〇,〇〇〇 円		
減額申請書を提出できなかった理由				
① 申請漏れ		② 減額証が届く前に医療機関にて精算		
③ 緊急の入院		④ 医療機関にて精算後に指定難病・小児慢性特定疾病の認定を受けた		
⑤ その他()				
※具体的な理由を記入ください。				

<注意事項>

- 市区町村民税非課税世帯の方は、非課税証明書(原本)を添付してください。
- 指定難病・小児慢性特定疾病の患者の方は、医療証等の証明書類(写し)を添付ください。
- 申請いただく入院期間の入院費が記載された領収書(写し)を添付してください。
- 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してください。

組合記入欄	常務理事	事務長	担当	健保受付