

20191001

令和 年 月 日

(受付日付印)

三菱自動車健康保険組合 御中

(在職中の方は勤務先の健保担当窓口  
経由でご提出ください。)

健康保険食事療養費標準負担額差額支給申請書

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者証		記号	事業所 名称	下記のとおり請求いたします。  令和 年 月 日			
			番号	被保険者住所 〒 -		フリガナ 被保険者 氏 名 (印)		
	減額対象者 氏 名		生年月日		昭・平・令 年 月 日		昭・平・令 年 月 日	
			続 柄		任意継続被保険者及び退職者記入欄			
	減額認定証の交付を受けている者		発行年月日		令和 年 月 日		(〒 )	
			長期該当年月日		令和 年 月 日		住所	
	食事療養を受けた 保険医療機関等		名 称		電話番号 ( )			
			所在地		送金先銀行口座(本人名義のもの) 銀行 支店			
					口座番号			
	入院期間		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または 提出ができなかった理由								
組 合 定 額 記 入 欄	請求額(A)		円	回	円	備 考		
	一 般		260円					
	査 定 額 (B)	非課税 市区町村民税 非課税世帯の方	210円					
		過去1年間の入院日数 が90日を超えている場合	160円					
		所得が一定基準に満たない70 歳以上の高齢受給者	100円					
支給総額(A)-(B)		円				常務理事	事務長	
支給決定年月日		令和 年 月 日				検印	担当	

- (注) 1. この申請書に「標準負担減額認定証」(写)及び入院期間・標準負担額の判る領収書(本紙)を添付してください。  
2. 「標準負担減額認定証」が交付されていない方は「健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書」を添付してください。