

20241001

(受付日付印)

令和 年 月 日

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

事業主使用欄
この申請書は被保険者が作成したものである口

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者等	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			
	記号・番号が分からない場合は マイナンバーを記入してください						
	減額対象者 氏名	生年月日	昭・平・令 年 月 日	氏 名 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 非 定 課 額 税 (B) 世 帯	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 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		主任	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」をしてください。