宛先　〒185-250　給付グループ(療養費)

療養費・第二家族療養費

支給申請書〔食事療養標準負担額差額支給申請書用〕

年　　月　　日提出

申請者記入欄	健康保険		記号		番号		所属 メール No.　　(　　) 外線（　　）
	被保険者氏名						
	被保険者住所						
	減額対象者	氏名					年　　月　　日生
		住所					
		傷病名					
		食事療養を受けた保険医療機関等	医療機関名				
			所在地				
			入院期間				年　　月　　日　～　　年　　月　　日　まで　　日間
			上記期間に支払った標準負担額				
	減額認定証の交付申請又は提示が出来なかった理由						

健保記入欄	支給期間	年　　月　　日　～　　年　　月　　日					備考欄
	支給金額	(　　円－　　円)×　　回　＝　　円 (　　円－　　円)×　　回　＝　　円 (　　円－　　円)×　　回　＝　　円					
		合計金額	円				
	常務理事	事務長	マネージャー	主任	担当	受付年月日	

2025.4 改版

「療養費・第二家族療養費　支給申請書〔食事療養標準負担額差額支給申請用〕」の手続きについて

＜給付申請対象＞

- **入院時食事療養費の「標準負担額減額認定」の申請があり**、すでに支払った標準負担額と標準負担額減額により支払うべき額との差額が生じる場合。
- 「標準負担額減額認定証」の申請が事前に出来なかった事情が客観的に見て妥当であると健康保険組合が認めた場合。

＜申請の手順＞

① 「療養費・第二家族療養費　支給申請書〔食事療養標準負担額差額支給申請用〕」の申請者記入欄を記入する。

② 支給対象期間に支払った標準負担額の領収証のコピーを添付。

③ 下記送付先に書類を送付する。

＜差額支給について＞

病院から届く診療報酬明細書等を確認してからの支給決定となります。
診療月の約３ヵ月後に健康保険組合に届きますので給付決定も早くて診療月の３ヵ月後となります。　（病院からの請求が遅れる場合もあります。）

＜送付先・お問合せ先＞

郵送　：　〒150－0031　東京都渋谷区桜丘町２９－１１
日本電気健康保険組合　給付グループ(療養費)

社内メール　：　〒185－250　給付グループ(療養費)

電話番号　：　外線　03－3461－9370

以上