

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	被保険者証	記号	番号	番号	所属	
	被保険者氏名				メール No. () TELNET 又は外線 ()	
	被保険者住所					
	減額対象者	氏名				
		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	

