

食事療養標準負担額の差額支給の申請手続きについて

1. 申請方法

- ・食事療養標準負担額の減額対象者（前年度の住民税非課税世帯（被保険者が非課税であることが必須））にもかかわらず、何らかの理由により標準負担額を支払った場合には、「健康保険限度額適用・標準負担額差額支給申請書」を申請することでその差額支給が受けられます。

※保険証を事情により提示できなかった理由で全額を立替え払いした場合は『療養費支給申請書』にて申請下さい。

2. 添付書類

- ・入院期間及び現に支払った標準負担額が確認できる書類（医療機関の領収書など）

※健康保険法施行規則改正に伴い健保組合に届出いただく本書類への押印は不要といたします。

以 上

記入例

網掛け部分は必ず記入ください

**健康保険限度額適用
標準負担額差額支給申請書**

常務理事		事務局長		課長		担当者	
------	--	------	--	----	--	-----	--

申請者の記入欄	被保険者証	記号	1110	番号	1234567	
	被保険者	事業所	名称	富士通株式会社		
		所在地	神奈川県川崎市中原区上小田中4-1-1			
		住所	神奈川県川崎市中原区上小田中4-1-2			
		氏名	富士通 太郎			
	減額対象者	住所	神奈川県川崎市中原区上小田中4-1-2			
		氏名	富士通 太郎			
		生年月日	昭平 50年9月5日	減額認定証の発行日	令和3年3月1日	
		被保険者との続柄	本人	長期入院該当年月日	令和3年1月1日	
	食事療養を受けた保険医療機関等	名称	川崎市立〇×病院			
所在地		神奈川県川崎市中原区小杉町3-264-3				
入院期間		令和3年1月1日から令和3年1月31日まで 31日間				
入院期間に受けた食事療養費に対し支払った金額（標準負担額）					〇〇〇〇〇〇 円	
減額認定証の交付申請又は提出が出来なかった理由						
減額認定証の申請中により差額発生した為						
退記職入者のみ	振込先口座	銀行名		支店名		
		口座番号				
		口座名義人名（カナ）				
健保記入欄	支給期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日				
	認定日	令和 年 月 日	長期入院	令和 年 月 日		
	除外日数	健保記入欄です				

【事業所記入欄】

担当者名	備考欄

添付書類 : 入院期間および現に支払った標準負担額が確認できる書類（医療機関の領収書など）

※ 保険証の提示ができなかった等の理由で全額を立替え払いした場合は『療養費支給申請書』にて申請下さい。

健康保険限度額適用
標準負担額差額支給申請書

常務理事		事務局長		課長		担当者	
------	--	------	--	----	--	-----	--

申請者の記入欄	被保険者証		記号		番号						
	被保険者	事業所	名称								
			所在地								
		住所									
		氏名									
	減額対象者	住所									
		氏名									
		生年月日	昭平令	年	月	日	減額認定証の発行日	令和	年	月	日
		被保険者との続柄				長期入院該当年月日	令和	年	月	日	
	食事療養を受けた保険医療機関等	名称									
所在地											
入院期間		令和	年	月	日	から	令和	年	月	日まで	日間
入院期間に受けた食事療養費に対し支払った金額（標準負担額）						円					
減額認定証の交付申請又は提出が出来なかった理由											
退記職入者ののみ	振込先口座	銀行名			支店名			預金種別	普通・当座		
		口座番号									
		口座名義人名（カナ）									

健保記入欄	支給期間	令和	年	月	日	～	令和	年	月	日
	認定日	令和	年	月	日	長期入院	令和	年	月	日
	除外日数			日	支給金額	円				

【事業所記入欄】	
担当者名	備考欄

添付書類：入院期間および現に支払った標準負担額が確認できる書類（医療機関の領収書など）

※ 保険証の提示ができなかった等の理由で全額を立替え払いした場合は『療養費支給申請書』にて申請下さい。