（特退・任継用）

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』にて申請ください。

※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。

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）

３．送付先

〒２１１－００６３

神奈川県川崎市中原区小杉町３－２６４－３　ユニオンビル４階

富士通健康保険組合　特例退職または任意継続担当 宛

以　　上

2023.11.15

<記入例>　　（特退・任継用）

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	特例退職者医療制度	９００１	●●●●●●●	
		任意継続被保険者制度	１８５１		
	被保険者名	フリガナ　フジ　ミチオ 富士　道男			
	住　所	〒●●●－●●●● 神奈川県川崎市中原区小杉	押印は不要です。		
	電話番号	自　宅	●●●－●●●－●●●●	携　帯	●●●－●●●●－●●●●
	減額対象者	住　所	〒●●●－●●●● 神奈川県川崎市中原区小杉町●－●－●		
		氏　名	富士　道男		
		生年月日	(昭和)・平成・令和　●●　年　●　月　●　日		
		続　柄	本　人		
	減額認定証の発行日	令和	●年●●月●●日		
	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	●●病院		
		所在地	〒●●●－●●●● 神奈川県川崎市●●区●●町●－●－●		
		入院期間	令和●年●●月●●日～令和●年●●月●●日		
	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または、提出が出来なかった理由				

健保記入欄	支給期間	令和　　年　月　日　～　令和　　年　月　日		
	認定日	令和　　健　保　記　入　欄　で　す		日
	除外日数	日	支給金額	円

［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』にて申請ください。

2023.11.15

（特退・任継用）

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	特例退職者医療制度	９００１	
		任意継続被保険者制度	１８５１	
	被保険者名	フリガナ		
	住　所	〒		
	電話番号	自　宅		携 帯
	減額対象者	住　所	〒	
		氏　名		
		生年月日	昭和・平成・令和　　年　　月　　日	
		続　柄		
	減額認定証の発行日	令和　　年　　月　　日		
	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　～　令和　　年　　月　　日	
	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または、提出が出来なかった理由			

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

［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』にて申請ください。

2023.11.15