

【住民税非課税など低所得者用】

常務理事	事務長	担当

被保険者  
被扶養者

健康保険食事療養標準負担額差額支給申請書

被保険者証の記号・番号				事業所名称（所属する会社名）	
被保険者	氏名	⑩			
	生年月日	昭和 平成	年	月	日生
対象者	氏名	被保険者との続柄			
	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日生
食事療養を受けた病院等の名称					
食事療養を受けた病院等の所在地					
減額対象者での入院期間		平成/令和	年	月	日から
		平成/令和	年	月	日まで
		( )日間		左記の期間に 支払った標準負担額	円
減額認定証の交付申請 又は提出ができなかった 理由					
振込先	銀行コード			支店コード	
	銀行			本店 支店	普通・当座
	口座番号			フリガナ 口座名義	
上記のとおり食事療養標準負担額差額を請求いたします。 令和 年 月 日 住所 〒 氏名 日中連絡が取れる電話番号 ( ) - リクルート健康保険組合 理事長 殿					【受付年月日】健保使用欄

※本書に記入していただいた個人情報については、適切に取り扱い目的外には使用いたしません。

委任状	私は 令和 年 月 日に請求した食事療養標準負担額差額金 円也の受領方を委任します。				
	令和 年 月 日				
	本人	住所 〒	氏名 印		
	代理人	住所 〒	氏名 印		

添付書類： 入院時の食事療養負担額が記載されている領収書