

年 月	金 額	常務理事	事 務 長	担 当 者
支 給 決 定				

健康保険食事療養標準負担額差額支給申請書

被保険者証記号・番号		—			
被 保 険 者	氏 名		事業所	名 称	
	生年月日	年 月 日		所在地	
減 額 対 象 者	氏 名		被保険者との続柄		
	生年月日	年 月 日			
被保険者（減額対象者）の住所					
減額認定証の交付を受けている者		発 行 年 月 日	令和	年	月 日
		長期該当年月日	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 （日数）	令和 年 月 日 から 日間 令和 年 月 日 まで				
入院期間に受けた食事療養に対し支払った額（標準負担額）					円
減額認定証の交付申請又は提出できなかった理由					

上 記 の と お り 申 請 し ま す。

令和 年 月 日

クラシエ健康保険組合 御中