

記入例

[様式：医第9号]

健康保険組合 入院時食事療養標準負担額差額 支給申請書

① 被保険者証記号番号		② ※被保険者（申請者）氏名		③ 住 所	
1 0 0 0		ケンボ タロウ 健保 太郎		〒 999-9999 長野県長野市本町1-1-1 長野マンション111号室 昼間連絡先 TEL ( 099 ) 999 - 9999	
1 2 3 4 5 6 7		ケンボ ジロウ 健保 次郎		④	
食事療養を受けた者の氏名		⑤		01:本人 11:夫 12:妻 21:長男 22:二男 23:三男 31:長女 32:二女 33:三女	
食事療養を受けた者の 生 年 月 日		昭 平 10 年 5 月 2 日生		⑤1 父 52:母 その他 ( )	
備 病 名		前立腺肥大症		加齢により 腎機能が低下	
入 院 期 間		(自) 平成 16 年 5 月 1 日 (至) 平成 16 年 5 月 10 日 10 日間		発病又は負傷の原因	
標準負担額減額認定証を 病院等へ提出できなかった理由		急に入院することになり、 認定証の交付申請が 事後になったため		⑤ 支払った標準負担額の合計額	
				7 8 0 0 円	
				減額認定証の発行年月日	
				平成 16 年 5 月 20 日	
				減 額 認 定 証 の 長 期 該 当 年 月 日	
				平成 年 月 日	
				⑥ 業務災害又は通勤災害によるもの ですか	
				① いいえ 2. はい	
				⑦ 第三者の行為（交通事故等）によ るものですか	
				① いいえ 2. はい	
食事療養を受 けた 病 院 等	所 在 地	長野 都道府(県)			
名 称	長野病院				

※被保険者（申請者）氏名欄の押印は被保険者（申請者）が自署した場合は不要です。

添 付 書 類	<input type="checkbox"/> 支払った標準負担額の領収書「原本」
	<input type="checkbox"/> 標準負担額減額認定証「写」
	<標準負担減額申請月以前12か月以内に入院日数が91日以上あったとき>
	<input type="checkbox"/> 入院期間が記載されている領収書「原本」

健康 保 険 組 合	受 付	審 査	[1 次]	[2 次]	処 理
------------------------	--------	--------	-------	-------	--------

<<被保険者（申請者）記入欄>>

- ① 上段に記号（4ケタ）  
下段に番号（7ケタ以下右づめ）  
を記入する。
- ② 被保険者若しくは任意継続被保険者  
又は被保険者であった者（本人が死亡  
している場合は相続人）の氏名を記入  
する。  
※被保険者（申請者）氏名欄の押印は、  
被保険者（申請者）が自署した場合  
は不要。
- ③ 自宅の住所、昼間連絡先を記入する。
- ④ 該当する番号を○で囲む。  
該当がない場合は、その他（ ）  
内に続柄を記入する。
- ⑤ 病院で支払った標準負担額（領収書  
の額）を記入する。
- ⑥～⑦ 該当する番号を○で囲む。

### 健康保険組合 入院時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（申請者）氏名	住 所		
	(カガナ)  印	〒  昼間連絡先 TEL(            )            -		
食事療養を受けた者の氏名	(カガナ)	被 保 険 者 と の 続 柄	01:本人 11:夫 12:妻 21:長男 22:二男 23:三男 31:長女 32:二女 33:三女 51:父 52:母 その他(            )	
食事療養を受けた者の 生 年 月 日	昭 平 年 月 日生			
傷 病 名				
入 院 期 間	(自) 平成 年 月 日 (至) 平成 年 月 日 日間	発病又は負傷の原因		
標準負担額減額認定証を 病院等へ提出できなかった理由		支払った標準負担額の合計額		円
		減額認定証の発行年月日	平成 年 月 日	
		減 額 認 定 証 の 長 期 該 当 年 月 日	平成 年 月 日	
		業務災害又は通勤災害による ものですか	1.いいえ 2.はい	
		第三者の行為(交通事故等)によ るものですか	1.いいえ 2.はい	
食事療養を 受 け た 病 院 等	所 在 地  名 称	都 道 府 県		

被保険者（申請者）氏名欄の押印は被保険者（申請者）が自署した場合は不要です。

添 付 書 類	支払った標準負担額の領収書「原本」 標準負担減額認定証「写」  <標準負担減額申請月以前12か月以内に入院日数が91日以上あったとき> 入院期間が記載されている領収書「原本」
------------------	---

処 理 欄	健 保 組 合	受 付		審 査	[1次]	[2次]		処 理	
-------------	------------------	--------	--	--------	------	------	--	--------	--