事業所担当者 確 認 印

↑
任継・特退の
加入者は押印不要

金　　額
円
備考

ＧＬ	担当者	担当者

≪申請書
の流れ≫

マイナポータル、資格情報のお知らせ、資格確認証等で確認できる
健康保険の「記号」と「番号」をご記入ください

→ 本人の口座へ振込

健康保険食事療養標準負担額差額支給申請書

被保険者等	記　号	７６５	被保険者氏名	
	番　号	４３２１０	健　保　　太　郎	
減額対象者	氏　名	健　保　　太　郎	被保険者との続柄	
	生年月日	昭・平・令　　４ 年　３ 月　１ 日	本　人	
	住　所	神奈川県南足柄市狩野６丁目５４－３		

食事療養を受けた保険医療機関	名 称	富士総合病院
	所在地	神奈川県南足柄市中沼２１０
入院の期間・日数	令和　５ 年　１２ 月　５日から 令和　５ 年　１２ 月　２５日まで　　２０　日間	
上記入院期間中の	食事回数　５６　回	支払った食事療養費標準負担額　２０，１６０　円
事前に減額認定を受けなかった理由	緊急の入院だったため、 事前に減額認定を申請することが出来なかった。	

被保険者等の記号・番号に代えてマイナンバーで申請する方は、備考欄へ記入してください。 ※マイナンバーで申請の場合、申請書を郵送する場合は「簡易書留」で送付してください。	備考欄	

上記の通り申請いたします。
また在職期間中に係る申請の場合、本申請書の提出および、給付金の受領を事業主へ委任いたします。
申請した内容に不明な点が有った場合、富士フイルムグループ健康保険組合が関係機関等に対して、内容照会を行うことおよび当該関係機関等が内容照会の回答をすることに同意します。

令和　６ 年　１ 月　５日

富士フイルムグループ健康保険組合　理事長殿

被保険者　住　所　神奈川県南足柄市狩野５丁目６７－８

氏　名　健　保　　太　郎

＊　支払った食事療養費の標準負担額が確認できる書類（領収書等）の原本を添付してください。
　　複数月にまたがる場合は、診療月毎に申請してください。
＊　請求権は、事実のあった日の翌日から起算して２年で時効となります。