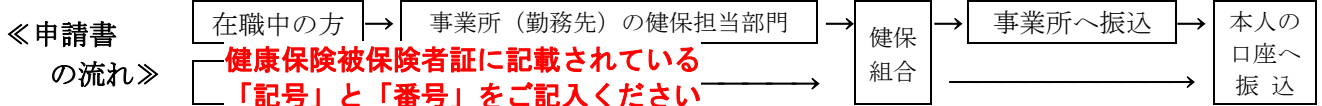


事業所担当者 確認印
↑

任継・特退の  
加入者は押印不要

金 額	支 給 決 定 伺			
	令 和 年 月 日			
円	常務理事	事務長	GL	担当者
備考				



### 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	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		
既に減額認定証の交付を受けている場合	発効年月日	令和2年1月1日		
	有効期限	令和2年7月31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	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2年12月5日から 令和2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 減額認定証の交付申請 等ができなかった理由	緊急の入院だったため、 事前に減額認定証を申請することが出来なかった。			

被保険者証の記号・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：-1.本人確認のため書類(番号カード等の写し等)も添付してください。  
 -2.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、本申請書に基づく給付金の受領を事業主へ委任いたします。

令和3年1月5日

富士フィ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。