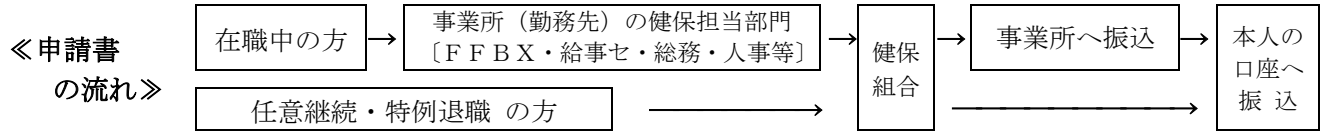


事業所担当者 確認印	金額		支給決定伺			
			令和 年 月 日			
	円		常務理事	事務長	GL	担当者
	備考					

↑
任継・特退の
加入者は押印不要



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	被保険者氏名			
	番号				
減額対象者	氏名				被保険者との続柄
	生年月日	昭・平・令	年	月	日
	住所				
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	年	月	日
	有効期限	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	名称				
	所在地				
入院の期間・日数	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間				
上記入院期間中の	食事回数	回	支払った食事療養費標準負担額 円		
事前に 減額認定証の交付申請 等ができなかった理由					
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 年 月 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
氏名

- * 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。