

|      |    |
|------|----|
| 様式番号 |    |
| 給    | 16 |

給付決定伺

|                   |    |   |    |
|-------------------|----|---|----|
| ※支給決定年月日 令和 年 月 日 |    |   |    |
| 部長                | 課長 | 扱 | 合議 |
|                   |    |   |    |

|       |        |    |
|-------|--------|----|
| 事業所記号 | 被保険者番号 | 日数 |
|       |        |    |

|       |  |    |  |  |  |
|-------|--|----|--|--|--|
| 支出項目  |  | 金額 |  |  |  |
| 法定給付費 |  |    |  |  |  |

健康保険被保険者被扶養者 食事療養標準負担額差額支給申請書

|                              |                       |       |                |       |          |
|------------------------------|-----------------------|-------|----------------|-------|----------|
| 被保険者<br>記号番号                 | -                     |       | 事の<br>業名<br>所称 |       |          |
| 被保険者                         | 氏名                    |       |                |       |          |
|                              | 生年月日                  | 年 月 日 |                |       |          |
| 減額対象者                        | 氏名                    |       | 被保険者との続柄       |       |          |
|                              | 生年月日                  | 年 月 日 | 取得日(認定日)       |       | 喪失日(認定日) |
| 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                 | 年 月 日 | 長期該当年月日        | 年 月 日 |          |
| 食事療養を受けた<br>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 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              |       |          |
| 傷病名                          |                       |       |                |       |          |
| 発病または負傷の原因                   |                       |       |                |       |          |
| 傷病が第三者行為である時は<br>その第三者名及び連絡先 |                       |       |                |       |          |
| 減額認定証の交付申請又は<br>提出ができなかった理由  |                       |       |                |       |          |

上記のとおり申請いたします。  
なお、必要な添付書類の提出及び申請内容に関する問い合わせを事業主経由で行うことに【同意します・同意しません】。

令和 年 月 日 住所 被保険者 氏名 印

上記の申請について誤りのないことを証明します。

事業所名 事業主名 印

北海道農業団体健康保険組合理事長 殿

※注 【同意します・同意しません】については選択される方に○をしてください。選択がない場合は、同意されたものとみなします。  
※注 同意されない場合は、添付書類を封筒に入れるなどして第三者にはわからないようにされた上で事業所健康保険担当者へ渡してください。  
その場合はご本人へ直接連絡させていただくことがあります。  
※注 同意されない場合であっても原則事業主経由での申請となります。事業主経由での申請を希望されない方は事前に当組合へお申し出ください。

<この申請書に添えなければならない書類>  
1.入院期間を確認できる書類及び現に支払った標準負担額を証明する書類  
(病院からの領収書で入院期間を確認できれば領収書のみで可)  
2.すでに減額認定証の交付を受けている場合は減額認定証、減額認定証の交付を受けていない場合は減額申請書(減額申請書に係る添付書類については減額申請書を参照)