

本請求前にWeb登録をお願いします。支給決定額はWebサービスからご確認下さい。

<https://kosmoweb.jp> 仮ID・仮パスワードがご不明な方は東レ健康保険組合までお問合せください

東レ健康保険組合御中

## 健康保険食事療養費標準負担額差額支給申請書

被保険者証記号番号	記号	0000	番号	0000000	
被保険者	氏名	健保 太郎	事業所	名称	〇〇〇〇株式会社
	生年月日	00年00月00日		所在地	〇〇県〇〇市〇〇町〇-〇
減額対象者	氏名	健保 花子	被保険者との続柄	妻	
	生年月日	00年00月00日	性別	男 ・ 女	
被保険者(減額対象者)の住所		〇〇県〇〇市〇〇町〇-〇			
減額認定証の交付を受けている者	発行年月日	00年00月00日			
	長期該当年月日	00年00月00日			

食事療養を受けた保険医療機関等	名称	〇〇〇〇〇〇病院			
	所在地	〇〇県〇〇市〇〇町〇-〇			
入院期間(日数)	00年00月00日から				
	00年00月00日まで 00 日間				
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)			00000 円		

減額認定証の交付が受けられなかった理由 又は  
減額認定証を保険医療機関等に提出ができなかった理由

緊急入院のため、減額認定証の申請が間に合わなかったため

受付日

注) この申請書には、下記の書類を添付して下さい。

- ・入院期間を確認できる書類および支払った食事療養標準負担額を証明する書類