支給額	円	理事・事務局長・主管部責任者	担当者	支部長	出張所長
支給期間 長期該当	年 月 日 年 月 日 日間 食 円				
長期非該当	年 月 日 年 月 日 日間 食 円	備考 ≪記載例≫ 赤字の部分のみ記入してください。			

取得	年 月 日
喪失	年 月 日

全国建設工事業国民健康保険組合

国民健康保険食事療養標準負担額差額支給申請書

負傷届
今回添付・提出済・同時（傷・限・　）

様式業第10号6

（注意事項）
一、入院期間の欄は、差額支給の対象である期間を記入すること。
二、入院期間の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を添付すること。
三、傷病の原因が負傷による場合は必ず「負傷届」または「第三者行為による負傷届」を添付してください。

被保険者証記号番号	93-	1	3	9	9	—	1	2	3	0	0	1

組合員	住所	東京都中央区日本橋１－２－３			
	氏名	建設　一郎	生年月日	昭45 年 4 月 1 日	(男)・女
減額対象者	氏名	建設　一郎	生年月日	昭45 年 4 月 1 日	(男)・女
	組合員との続柄	本人			

減額認定証の交付を受けている者	交付　年　月　日	平成　年　月　日
	長期入院該当日	平成　年　月　日
食事療養を受けた保険医療機関等	名称	中央クリニック
	所在地	中央区東本通１－２－３
入院期間（日数）	平成 ２８ 年 ４ 月 １ 日から 平成 ２８ 年 ４ 月 １５ 日まで １５ 日間	
入院期間に受けた食費療養に対し支払った額（標準負担額）	１１，７００ 円	
減額認定証の交付申請または保険医療機関等に申請できなかった理由	(1.) 急な入院のため 2. 月の途中で長期入院該当となったため 3. その他（　）	
今回の療養はどちらに該当するか	(病気)・ケガ	傷病の原因は第三者行為・業務災害によるものか：該当・(非該当)

上記のとおり申請します。

なお、上記の食事療養標準負担額減額の差額の受領を

（全国建設工事業国民健康保険組合○○支部　支部長○○○○）に委任します。

平成２９ 年 ４ 月 １ 日

申請者（組合員）　建設　一郎　(建設)

全国建設工事業国民健康保険組合

理事長　殿