

# 健康保険標準負担額差額支給申請書

被保険者等記号・番号		-			
被保険者	氏名			事業所	名称
	生年月日	S・H	年	月	日
減額対象者	氏名			被保険者との続柄	
	生年月日	S・H・R	年	月	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		令和 年 月 日
			長期該当年月日		令和 年 月 日

食事療養又は生活療養を受けた 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又は生活療養に支払った額(標準負担額)					円
<減額認定の交付申請又は提出ができなかった理由>					

給付金の受け取り方法に関する欄	支払先及び支払方法	支払先	本人(請求者)に支払う		
		支払方法	銀行振込		
	振込先	金融機関番号		金融機関名	
		支店番号		支店名	
	金融機関	口座番号	(普通・当座)		
	口座名義	フリガナ			
		口座名義			

受付日付印