

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      |      | 2814 - 82                        |  |          |     |                   |  |
| 被保険者            | 氏名   | 健保 学                             |  | 事業所      | 名称  | 木村商事（株）           |  |
|                 | 生年月日 | ㊦・H 44年 9月13日                    |  |          | 所在地 | 埼玉県さいたま市西区三橋〇・〇・〇 |  |
| 減額対象者           | 氏名   | 健保 俊介                            |  | 被保険者との続柄 |     | 長男                |  |
|                 | 生年月日 | S・㊦ 17年 9月 7日                    |  |          |     |                   |  |
| 被保険者(減額対象者)の住所  |      | 〒338-0002<br>埼玉県さいたま市中央区下落合〇・〇・〇 |  |          |     |                   |  |
| 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<br>保険医療機関等                                  | 名称                                         | 大宮外科病院             |  |
|                                                            | 所在地                                        | 埼玉県さいたま市大宮区東町〇・〇・〇 |  |
| 入院期間（日数）                                                   | 令和 2年 12月 7日から<br>令和 2年 12月 28日まで<br>22 日間 |                    |  |
|                                                            |                                            |                    |  |
| 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）                            |                                            | 17,160 円           |  |
| <減額認定の交付申請又は提出ができなかった理由><br><br>緊急のため、書類が揃わず申請の手続きが出来なかった。 |                                            |                    |  |

|                 |             |        |                       |       |      |  |
|-----------------|-------------|--------|-----------------------|-------|------|--|
| 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                  |       |      |  |
|                 | 振込先金融機関口座名義 | 金融機関番号 | 〇〇                    | 金融機関名 | 〇〇銀行 |  |
|                 |             | 支店番号   | 〇〇                    | 支店名   | 〇〇支店 |  |
|                 |             | 口座番号   | ( 普通 ・ 当 座 ) 〇〇〇〇〇〇〇〇 |       |      |  |
|                 |             | フリガナ   | ケンボ マナブ               |       |      |  |
|                 |             | 口座名義   | 健保 学                  |       |      |  |

受付日付印