

健康保険標準負担額差額支給申請書

被保険者証記号番号		—						
被保険者	氏名				名称			
	生年月日	S・H	年	月	日	所在地		
減額対象者	氏名				被保険者との続柄			
	生年月日	S・H	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		平成	年	月	日
			長期該当年月日		平成	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)	平成 年 月 日から						
	平成 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	本人(請求者)に支払う					
	及び支払方法	銀行振込					
	振込先 金融機関 口座名義	金融機関番号		金融機関名			
		支店番号		支店名			
		口座番号	(普・貯・当)				
		フリガナ					
口座名義							

受付日付印