

## 健康保険 標準負担額差額支給申請書

☆ 被保険者氏名を自署した場合は、押印を省略することができます。 ☆ 添付書類 減額認定書、入院期間・標準負担額を証明する領収書（原本に限る） ☆ 金融機関の銀行番号・店番号を必ず記入してください。 ☆ この申請書は、入院時食事療養又は生活療養に支払った標準負担額の差額の払い戻しを受けるときに使用いただくものです。例えば、一般入院として460円を医療機関に支払った後に、健康保険組合より標準負担額認定された場合、差額（一般460円から低所得者210円を引いた額）250円×食数を支給いたします。	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">記号：番号</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">:</td> <td style="width: 20%;">事業所名</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">被保険者</td> <td>氏名</td> <td colspan="3"></td> <td rowspan="2" style="text-align: right;">(印)</td> </tr> <tr> <td>生年月日</td> <td>年</td> <td>月</td> <td>日生</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">減額対象者</td> <td>氏名</td> <td colspan="3"></td> <td rowspan="2" style="text-align: center;">被保険者との続柄</td> </tr> <tr> <td>生年月日</td> <td>年</td> <td>月</td> <td>日生</td> </tr> <tr> <td colspan="2">被保険者の住所</td> <td colspan="4" style="text-align: center;">〒</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">減額認定証の</td> <td>発行年月日</td> <td>平成</td> <td>年</td> <td>月</td> <td>日</td> </tr> <tr> <td>長期該当年月日</td> <td>平成</td> <td>年</td> <td>月</td> <td>日</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">食事療養又は生活療養を受けた保険医療機関等</td> <td>名称</td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td>所在地</td> <td colspan="4" style="text-align: center;">〒</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">入院期間（日数）</td> <td colspan="4" style="text-align: center;">平成 年 月 日から</td> <td rowspan="2" style="text-align: right;">日間</td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="text-align: center;">平成 年 月 日まで</td> </tr> <tr> <td colspan="6" style="text-align: center;">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）</td> </tr> <tr> <td colspan="2">一般460円×食分＝</td> <td>円</td> <td colspan="2">低所得 210円×食分＝</td> <td>円</td> </tr> <tr> <td colspan="2">低所得（長）160円×食分＝</td> <td>円</td> <td colspan="2">標準負担額計</td> <td>円</td> </tr> <tr> <td colspan="6">減額認定書の交付申請又は提出ができなかった理由</td> </tr> <tr> <td colspan="6" style="text-align: center;">給付金を受取る金融機関（郵便局は除く）</td> </tr> <tr> <td>銀行番号</td> <td colspan="3"></td> <td>支店番号</td> <td rowspan="2" style="text-align: center;">普通 当座</td> </tr> <tr> <td>銀行名</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">銀行・信託銀行 信金・農協・信組</td> <td>支店名</td> <td style="text-align: center;">支店・本店 出張所</td> </tr> <tr> <td>口座番号</td> <td colspan="3"></td> <td colspan="2">名義（附加）</td> </tr> <tr> <td colspan="6" style="text-align: center;">給付金の受取を事業所に委任する場合</td> </tr> <tr> <td colspan="6">本申請に基づく給付金に関する受領を (印) 殿に委任します。</td> </tr> <tr> <td colspan="2">平成 年 月 日</td> <td colspan="2">被保険者氏名</td> <td colspan="2" style="text-align: right;">(印)</td> </tr> <tr> <td colspan="4">平成 年 月 日提出</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">【受付印】</td> </tr> </table>	記号：番号	:	事業所名				被保険者	氏名				(印)	生年月日	年	月	日生	減額対象者	氏名				被保険者との続柄	生年月日	年	月	日生	被保険者の住所		〒				減額認定証の	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				日間	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）						一般460円×食分＝		円	低所得 210円×食分＝		円	低所得（長）160円×食分＝		円	標準負担額計		円	減額認定書の交付申請又は提出ができなかった理由						給付金を受取る金融機関（郵便局は除く）						銀行番号				支店番号	普通 当座	銀行名	銀行・信託銀行 信金・農協・信組		支店名	支店・本店 出張所	口座番号				名義（附加）		給付金の受取を事業所に委任する場合						本申請に基づく給付金に関する受領を (印) 殿に委任します。						平成 年 月 日		被保険者氏名		(印)		平成 年 月 日提出				【受付印】	
記号：番号	:	事業所名																																																																																																																																						
被保険者	氏名				(印)																																																																																																																																			
	生年月日	年	月	日生																																																																																																																																				
減額対象者	氏名				被保険者との続柄																																																																																																																																			
	生年月日	年	月	日生																																																																																																																																				
被保険者の住所		〒																																																																																																																																						
減額認定証の	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				日間																																																																																																																																			
	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）																																																																																																																																								
一般460円×食分＝		円	低所得 210円×食分＝		円																																																																																																																																			
低所得（長）160円×食分＝		円	標準負担額計		円																																																																																																																																			
減額認定書の交付申請又は提出ができなかった理由																																																																																																																																								
給付金を受取る金融機関（郵便局は除く）																																																																																																																																								
銀行番号				支店番号	普通 当座																																																																																																																																			
銀行名	銀行・信託銀行 信金・農協・信組		支店名	支店・本店 出張所																																																																																																																																				
口座番号				名義（附加）																																																																																																																																				
給付金の受取を事業所に委任する場合																																																																																																																																								
本申請に基づく給付金に関する受領を (印) 殿に委任します。																																																																																																																																								
平成 年 月 日		被保険者氏名		(印)																																																																																																																																				
平成 年 月 日提出				【受付印】																																																																																																																																				