

健 保 決 裁 欄	理事長	常務理事	事務長	係員	係員

受 付 印

健康保険 限度額適用・標準負担額 差額支給申請書

(注) 消える筆記用具(鉛筆やフリクションペン等)では記入しないでください。	被保険者証の記号番号		記号		番号		
	被 保 険 者 氏 名				◎	生年月日 S・H・R 年 月 日	
	被保険者の住所 電話番号		(〒 —) ☎ () 携帯 ()				
	減額対象者	氏 名				生年月日	S・H・R 年 月 日
		被保険者との続柄				性 別	<input type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女
		住 所	(〒 —)				
	減額認定書の交付を受けている人	発行年月日	令和 年 月 日				
		長期該当年月日	令和 年 月 日				
	食事療養を受けた医療機関等	名称					
		所在地					
入院期間(日数)	令和 年 月 日 から		日間				
	令和 年 月 日 まで						
入院期間中の食事療養に対して支払った額(標準負担額)	円						
減額認定書の交付申請 又は 提出ができなかった理由							
振込希望金融機関	(フリガナ)			(フリガナ)			
	銀 行 信用金庫 ()			本 店 支 店 出張所			
	預金種類	口 座 番 号		口 座 名 義 (カナで記入)			
	当 座						
	普 通						
申請代行者 (被保険者以外の方が申請する場合に記入、押印)	氏 名			◎	被保険者との関係		
	申請代行の理由			☎	日中の連絡先	()	