

常務理事	検印	担当

G

決定年月日

1

健康保険

# 限度額適用認定 標準負担差額支給

申請書

被保険者(申請者)記入用

記入日 年 月 日

被保険者情報	被保険者証の (右づめ)	記号	番号	生年月日
	氏名	(フリガナ)		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和
	住所	(〒 - )		
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL	( )	

申請内容	減額対象者	氏名	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	
	減額対象者が減額認定証の交付を受けている場合	発行年月日	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	
		長期該当年月日	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	
	食事療養を受けた保険医療機関等	名称			
		所在地			
	入院期間(日数)	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	~	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和

入院期間に受けた食事療養に対して支払った金額(標準負担額) 円

減額認定証の交付申請、又は、提出が出来なかった理由

振込先金融機関	振込先指定口座金融機関名称	銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他( )	本店 支店 出張所 本所 支所	
	預金種別	1. 普通 2. 当座 3. 別段 4. 通知	口座番号	右づめでご記入ください。
	(フリガナ) 口座名義	(フリガナ)		

※ 被保険者喪失後の請求の場合のみ、振込先をご記入ください。  
(被保険者死亡の場合は、請求者(相続人)の口座をご記入ください)

健保受付印