

常務理事	検印	担当

G

記入例

決定年月日

# 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 令和3年 5月 1日

被保険者情報	被保険者証の (右づめ)	記号 9 2	番号 0 1 2 3 4 5 6	生年月日 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 3 8 年 0 4 月 0 1 日
	氏名 (フリガナ)	ケンホ° タロウ 健保 太郎		
	住所 (〒 530 - 0001 )	大阪 都道 府県 守口市〇〇町〇〇丁目-〇〇-〇〇		
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL 〇〇 ( 〇〇〇〇 ) 〇〇〇〇		

申請内容	減額対象者	氏名	健保 太郎	生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 3 8 年 0 4 月 0 1 日
	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 checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 3 0 年 1 0 月 0 1 日		
		長期該当年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 2 9 年 0 8 月 0 1 日		
	食事療養を受けた 保険医療機関等	〇〇×病院 〇〇△市〇〇町〇-〇			
	入院期間(日数)	<input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 3 0 年 0 9 月 1 5 日	~	<input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 3 0 年 0 9 月 3 0 日	1 5 日間
	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)	11,700 円			
減額認定証の交付申請、又は、提出が出来なかった理由	入院中のため 認定証の交付を受けるまでに現に支払った額を記入して下さい。				

振込先金融機関	振込先 指定口座 金融機関 名称	〇〇〇〇	<input checked="" type="radio"/> 銀行 <input type="radio"/> 金庫 <input type="radio"/> 信組 <input type="radio"/> 農協 <input type="radio"/> 漁協 <input type="radio"/> その他( )	〇〇〇〇〇〇	<input type="radio"/> 本店 <input checked="" type="radio"/> 支店 <input type="radio"/> 出張所 <input type="radio"/> 本所 <input type="radio"/> 支所
	預金種別	1 普通 3. 別段 2. 当座 4. 通知	口座番号	7 6 5 4 3 2 1	右づめでご記入ください。
	(フリガナ) 口座名義	(フリガナ) ケンホ° タロウ 健保 太郎			

※ 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