

国保標準負担額差額支給申請書

被 保 者 証 号	保 険 番 号	枝番	受給者番号																						
保 険 者 の 名 称	及 び 所 在 地	名	称	大 雪 地 区 広 域 連 合										所在地	上 川 郡 東 川 町 東 町 1 丁 目 16 番 1 号										
療 養 を 受 け た 氏 名	被 保 険 者 氏 名	氏	名											生年月日											
個 人 番 号													療養を受けた保健医療機関名												
療 養 期 間																					から まで				日間

療 養 の 内 容			
療養の給付を受けることができなかった理由		第三者行為の有無	有・無

標準負担差額支給	既に減額認定証の交付を受けている場合のみ記入	適用年月日	
		長期該当年月日	
	入院に際して受けた食事療養に対し支払った額（標準負担額）		円
	減額認定証を交付申請または提出できなかった理由		
	イ．長期入院該当申請日以降長期該当年月日前の入院であったため。		
	ロ．その他（ ）		

受 取 方 法	1、口座振込		2、窓口現金										
						種 目	口 座 番 号						
	ゆうちょ銀行				店 番	種 目	口 座 番 号						
	口 座 名 義 人			(フリガナ)									

大雪地区広域連合様長 様

上記のとおり関係書類を添えて申請します。

令和 年 月 日

住所

[申請者] 氏 名

連絡先（電話番号）

処 理 欄	イ.	(-)	円×()	回=	()	円	支 給 決 定 額
	ロ.	(-)	円×()	回=	()	円	
	ハ.	(-)	円×()	回=	()	円	
	ニ.	(-)	円×()	回=	()	円	
	ホ. 却下（理由：_____）												

国保標準負担額差額支給申請書（記載例）

被 保 険 者 証 号 保 険 者 の 名 称 及 び 所 在 地	東川 123456	枝番 01	受給者番号										
療 養 を 受 け た 氏 名	大 雪 地 区 広 域 連 合			所在地		上川郡東川町東町1丁目16番1号							
個 人 番 号	氏 名			広域 太郎		生年月日		平成〇〇年〇〇月〇〇日					
療 養 期 間	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2			療養を受けた保健医療機関名									
療 養 の 内 容	食事療養費			R7. 4. 1～R7. 7. 30		から まで		121		日間			

療 養 の 内 容	食事療養費		
療養の給付を受けることができなかった理由	第三者行為の有無 有 無		

標準負担差額支給	既に減額認定証の交付を受けている場合のみ記入	適 用 年 月 日		
	入院に際して受けた食事療養に対し支払った額（標準負担額）	長期該当年月日		
	減額認定証を交付申請または提出できなかった理由	円		
	イ．長期入院該当申請日以降長期該当年月日前の入院であったため。			
	ロ．その他（ ）			

受 取 方 法	1、口座振込		2、窓口現金								
	〇〇銀行 〇〇支店		種 目	口 座 番 号							
			普通	1	2	3	4	5	6	7	
	ゆうちょ銀行		店 番	口 座 番 号							
			1 2 3	普通	1	2	3	4	5	6	7
	口 座 名 義 人		(フリガナ)		コウキ タロウ						
				広域 太郎							

大雪地区広域連合様長 様
上記のとおり関係書類を添えて申請します。

令和 年 月 日

住 所 東川町東町1丁目16番1号
[申請者] 氏 名 広域 太郎
連絡先（電話番号） (0166)82-3697

処 理 欄	イ．（ ー ）円×（ ）回＝（ ）円	支 給 決 定 額
	ロ．（ ー ）円×（ ）回＝（ ）円	円
	ハ．（ ー ）円×（ ）回＝（ ）円	
	ニ．（ ー ）円×（ ）回＝（ ）円	
	ホ．却下（理由： ）	