

国保標準負担額差額支給申請書

被保険者証記号・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	
	示. 却下（理由：)	

国保標準負担額差額支給申請書 (記載例)

被保険者証記号・番号	東川 123456			枝番 01	受給者番号																
保険者名称及び所在地	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															
療養を受けた被保険者氏名	氏名	広域 太郎				生年月日	平成〇〇年〇〇月〇〇日														
個人番号	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								
療養期間	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																	
	○○銀行 ○○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		種	目	口											
				1	2	3	普通	1	2	3	4	5	6	7						
口 座 名 義 人				(フリガナ)										ゆ き え タ か						
														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

	支 給 決 定 額
イ. () 円 × () 回 = () 円	
ロ. () 円 × () 回 = () 円	
ハ. () 円 × () 回 = () 円	円
二. () 円 × () 回 = () 円	
ホ. 却下 (理由 :)	