

国保標準負担額差額支給申請書

被 保 険 者 証 号 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．（ 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： ）	

国保標準負担額差額支給申請書

被保険者証 被保険者の 療養を受けた 被保険者の 個人番号	氏名 東川 123456 大 雪 地 区 広 域 連 合 氏 名 広 域 太 郎 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2	枝番 01 生年月日 令和〇〇年〇〇月〇〇日 療養を受けた保健医療機関名 R7. 4. 1～R7. 7. 30	受給者番号 所在地 上川郡東川町東町1丁目16番1号 療養を受けた保健医療機関名 R7. 4. 1～R7. 7. 30	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											
	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		種 目	口 座 番 号						
					1	2	3	普通	1	2	3	4	5	6
	口 座 名 義 人			(フリガナ)										
〇〇代 〇〇 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.	(-)	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：_____）												