

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														
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）	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：)	

國保標準負擔額差額支給申請書

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つた理由		第三者行為の有無
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） 減額認定証を交付申請または提出できなかつた理由	
	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 座 番 号										
				1	2	3	普通	1	2	3	4	5	6	7						
口 座 名 義 人				(フリガナ)										ゆ き え た 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	
亦、却下(理由:)	