

健康保険標準負担額差額支給申請書

被保険者記入用

	氏名	性別	続柄	生年月日								
	(フリガナ)	男 女		元号	年	月	日					
減額対象者の	住所											
	※被保険者と住所が異なる場合に記入してください。 (〒 -)											
申請内容	減額認定証の交付を受けている者	発行年月日		元号	年	月	日					
		長期該当年月日		元号	年	月	日					
申請内容	食事療養又は生活療養を受けた 保険医療機関等	名称										
		所在地										
申請内容	入院期間（日数）	元号	年	月	日	から	元号	年	月	日	まで	日間
申請内容	上記の期間に受けた食事療養又は生活療養に支払った額 (標準負担額)										円	
申請内容	減額認定証の交付申請又は病院等に提出できなかった理由											
申請内容	備考											