健康保険標準負担額　差額支給申請書

○○○○年　4 月　10 日

大同生命健康保険組合　御中

会社名および所属（部・課名、支社名）を記入

被保険者等記号番号		1　－　12345
事業所	名　称	大同生命保険株式会社　○○支社
被保険者	氏　名	大同　太郎
	生年月日	(S)・H・R　40 年　10 月　1 日
	住　所	○○市○○町 1-2-3
	電話番号	06-1234-5678
減額対象者	氏　名	大同　一郎　（被保険者との続柄：　長男　）
	生年月日	S・(H)・R　18 年　8 月　1 日　性別　(男)・女
減額認定証の交付を受けている者	発行年月日	S・H・(R)　○○ 年　○月　1 日
	長期該当年月日	S・H・R　年　月　日

既に減額認定証の交付を受けている方のみ記入

食事療養又は生活療養を受けた保険医療機関等	名　称	○○市民病院
	所在地	○○市○○町 4-5-6
入院期間（日数）		H・(R)　○○ 年　○月　10 日から H・(R)　○○ 年　○月　19 日まで
入院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）		10,000 円
減額認定証の交付申請又は提出ができなかった理由		
非課税証明書の提出が間に合わなかったため。		

申請する医療機関について記入

※受領委任する場合は、委任状に記入して下さい

委任状	本申請に基づく給付金に関する受領を下記代理人に委任します。　令和　年　月　日		
	被保険者（申請者）	氏名	
	代理人（実際に給付を受領する者）	氏名	

振込先情報	金融機関コード	1234			支店コード	123	
	金融機関名称	○○　銀行 信用金庫			○○　本店 支店		
	預金種別	(普通) 当座	その他 （　）	口座番号	1234567	口座名義（カタカナ）	ダイドウ　タロウ

※市区町村の発行する非課税証明書と、入院日数・食事療養（又は生活療養）標準負担額の分かる領収書（写）を添付

※被

（マ

ご提出いただく非課税証明書（①～③のいずれか該当する非課税証明書をご提出ください）

① 当年の 1 月～7 月に診療を受ける場合
　→前年度非課税証明書（例：令和 3 年 7 月診療分の場合：令和 2 年度非課税証明書）

② 当年の 8 月～12 月に診療を受ける場合
　→今年度非課税証明書（例：令和 3 年 8 月診療分の場合：令和 3 年度非課税証明書）

③ ①、②の期間にまたがる場合
　→前年度および今年度の非課税証明書

保期 7 年（本）紙

健保 0408　2024－12（本・任）