

健康保険標準負担額 差額支給申請書

〇〇〇〇年 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

被保険者証 記号番号	1 - 12345		
事業所 名称	大同生命保険株式会社 〇〇支社		
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	〇〇市〇〇町 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 〇〇年 〇月 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	〇〇市民病院	
	所在地	〇〇市〇〇町 4-5-6	
入院期間（日数）	H R 〇〇年 〇月 10日から		
	H R 〇〇年 〇月 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	〇〇 銀行 信用金庫	〇〇	本店 支店
	預金種別	普通 当座	口座番号	1234567
	その他 ()	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）を添付して下さい

※ご提出いただく非課税証明書（①～③のいずれかが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