

健康保険標準負担額差額支給申請書

被保険者証記号番号		1 - 00		
被保険者	氏名	健保学 [®]	事業所 名称	スターバックスコピーサービス(株)
	生年月日	⑤・H44年9月13日	所在地	東京都品川区上大崎2-25-2
減額対象者	氏名	健保俊介	被保険者との続柄	長男
	生年月日	S・⑩24年4月1日		
被保険者(減額対象者)の住所		〒338-0002 埼玉県さいたま市中央区下落合 〇-〇-〇		
減額認定証の交付を受けている者		発行年月日	平成 年 月 日	
		長期該当年月日	平成 年 月 日	

食事療養又は生活療養を受けた 保険医療機関等	名称	大宮外科病院		
	所在地	埼玉県さいたま市大宮区東町 〇-〇-〇		
入院期間(日数)	平成24年4月7日から		22 日間	
	平成24年4月28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)	17,160 円			
<減額認定の交付申請又は提出ができなかった理由> <div style="text-align: center; font-size: 1.2em; margin-top: 10px;"> 緊急のため、書類が揃わず申請の手続きが出来なかった。 </div>				

給付金の受け取り方法に関する欄	支払先	本人(請求者)に支払う			
	支払方法	銀行振込			
	振込先	金融機関番号	〇〇	金融機関名	〇〇銀行
		支店番号	〇〇	支店名	〇〇支店
	金融機関	口座番号	(普・貯・当) 〇〇〇〇〇〇〇		
	口座名義	フリガナ	ケンホ マナブ		
	口座名義	健保学			

受付日付印