

食事療養・生活療養
標準負担額減額差額支給申請書

提出区分 1 申請者から直接
2 事業所を経由

○ 組合員（申請者）に関する項目

組合員	被保険者証 記号・番号		氏名	⑩ 署名される場合又はご遺族が申請される場合は押印不要です。					
	住所	〒	個人番号						
	電話番号	()	1 自宅・2 携帯・3 その他 ()						
申請年月日	平成	年	月	日	事業所名				
申請者区分	1 組合員 次の「申請者」欄は記入不要です。 2 組合員の遺族の方（組合員が死亡された場合であって、組合員の遺族の方が申請される場合） 次の「申請者」欄を記入のうえ、遺族である旨の証明（戸籍謄本の写等）を添付してください。ただし、申請される遺族の方が、組合員が死亡された当時において、本組合の被保険者であった場合は添付不要です。								

申請者 <small>組合員が申請者の場合は、記入不要です。</small>	氏名	⑩				組合員との続柄
	個人番号					
	住所	〒	-			
	電話番号	()	1 自宅・2 携帯・3 その他 ()			

○ 申請内容に関する項目 減額対象者が組合員（申請者）である場合、「個人番号」欄は記入不要です。

減額対象者氏名			生年月日	3 昭	年	月	日		
個人番号				4 平					
減額認定証 発効年月日	平成	年	月	日	長期該当年月日	平成	年	月	日
差額支給を申請 する入院期間	平成 年 月 日から平成 年 月 日まで 日間								
標準負担額	円	上記入院期間中に受けた食事療養又は生活療養に対する支払額を記入し、入院した保険医療機関等の領収書を添付してください。							
保険医療機関等 の名称・所在地			減額認定証の 未提出理由等	本組合に減額認定証の交付申請ができなかった理由又は医療機関等の窓口へ提出できなかった理由を記入してください。					

○ 受領方法、振込先等

受領方法	この申請書に基づく保険給付金に関する受領方法については次のとおりとします。 1 私の下記口座に振込み願います。（直接組合から受領します。） 2 次の代理人に受領を委任します。 次の「代理人」欄に代理人氏名、住所等を記入してください。 なお、事業主に受領委任される場合、「振込先」欄は記入不要です。					
該当する番号を○ で囲んでください。 なお、「2」の場合は 記入年月日、住所、 氏名を記入のうえ 押印してください。	平成	年	月	日	組合員 氏名	⑩
					(申請者) 住所	

代理人	氏名	事業主に受領委任される場合、事業所名称、事業主氏名のみ記入してください。（押印不要）		住所	〒	-	
	申請者との関係	⑩		電話番号	()	-	
					1 自宅・2 携帯・3 その他 ()		

振込先 <small>事業主に受領委任される場合又は通帳の写（口座番号等の記載面）を添付される場合は記入不要です。</small>	金融機関名称		支店名称		コード
	預金種目		口座番号		口座名義(フリガナ)
	1 普通（総合を含む。）・2 当座				()

(注) 「提出区分」、「申請者区分」、「受領方法」、「預金種目」の各欄は、該当する番号を○で囲んでください。また、「電話番号」欄については、日中連絡が可能な電話番号を記入のうえ、自宅、携帯等の区分について、該当する番号を○で囲んでください。

・「振込先」欄の記入誤りがあった場合は送金できませんので、できる限り通帳の口座番号等の記載面（ゆうちょう銀行の場合は振込用の口座番号等記載面）を添付してください。（その場合、「振込先」欄は記入不要です。）
・組合員（申請者）及び減額対象者の個人番号（マイナンバー）を記入してください。また、組合員（申請者）の番号確認と身元確認が必要となりますので、組合ホームページを参照のうえ、必要書類の写を添付してください。
・入院した保険医療機関等の領収書（自己負担額及び食事療養・生活療養標準負担額が確認できるもの）を添付してください。