

限度額・標準負担額減額差額支給申請書の記入例

◎申請方法について、該当する番号を○で囲んでください。

◎組合員が申請される場合は「1」を、組合員が死亡された場合であって遺族の方が申請される場合は「2」を○で囲んでください。

◎上の「申請者区分」で「2」を選択された場合（組合員の遺族の方が申請される場合）のみ記入してください。

◎上の入院（在宅）期間中に支払った一部負担金（食事療養又は生活療養に係るものを除く。）を記入のうえ、領収書を添付してください。

◎上の入院（在宅）期間中に支払った食事療養又は生活療養の標準負担額を記入のうえ、領収書を添付してください。

◎受領方法について、組合員ご本人の口座へ振込送金を希望される場合は「1」を、事業主等の代理人への受領委任（代理人を通じての受領）を希望される場合は「2」を○で囲んでください。

◎上の「受領方法」で「2」を選択された場合（代理人への受領委任を希望される場合）のみ記入してください。

全国土木建築 国民健康保険組合		限度額・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	71-1505	555	氏名	石井 正文 ②
	住所	〒184-0001 東京都小金井市中町131			
	電話番号	(042) 234-2345 ① 自宅・2 携帯・3 その他()			
	申請年月日	平成 △△ 年 △△ 月 △△ 日	事業所名	平河土木株式会社	
申請者区分	① 組合員 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	氏名	②			
	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	石井 茂樹		生年月日	③ 昭 19 年 1 月 18 日 4 平	
個人番号	△△△△△△△△△△△△△△△△				
減額認定証 発効年月日	平成 △△ 年 8 月 1 日		長期該当年月日	平成 年 月 日	
差額支給を申請する 入院（在宅）期間	平成 △△ 年 8 月 1 日から平成 △△ 年 8 月 20 日まで 20 日間				
入院（在宅） 期間中の支払額	44,400 円		上記入院期間中又は在宅療養（厚生労働大臣が指定したものに限り。）による療養を受けた期間に支払った額（食事療養又は生活療養に係るものを除く。）を記入し、保険医療機関等の領収書を添付してください。		
標準負担額	15,600 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	小金井中央総合病院 小金井市本町1-2-3		減額認定証の 未提出理由等	減額認定証の交付申請中であったため 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	この申請書に基づき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。				
代理人	氏名	事業主に受領委任される場合、事業主名称、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	電話番号	() - ① 自宅・2 携帯・3 その他()			
振込先	金融機関名称	DKH銀行		支店名称	小金井支店
	コード	080			
	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	1 2 3 4 5 6 7		(イシイ マサユキ 石井 正文)	

◎組合員（または遺族である申請者）が署名または、記名、押印してください。

◎組合員（または遺族である申請者）にご記入いただく項目です。被保険者証等をご確認のうえ記入してください。

◎日中連絡がとれる電話番号を記入し、「1 自宅」～「3 その他」のいずれかを○で囲んでください。（「3」の場合、括弧内にその種類を記入してください。）

◎暦月単位で記入してください。複数の月にまたがる場合は、申請書も各月ごとに作成のうえ提出してください。

◎限度額・標準負担額減額認定証の交付申請ができなかった理由、又は減額認定証を保険医療機関等の窓口へ提出することができなかった理由を具体的に記入してください。

◎「2」の場合は組合員（または遺族である申請者）が記入年月日、住所、氏名を記入のうえ押印してください。

◎振込先を記入してください。（事業主への受領委任を希望される場合は記入不要です。）記入誤りがあった場合は振込送金できませんので、できる限り通帳の写を添付してください。（その場合、この欄は記入不要です。）

◎事業主への受領委任を希望される場合、
①「受領方法」欄の「2」を○で囲み、住所、氏名等を記入のうえ、押印してください。
②代理人の「氏名」欄に事業主名称と、事業主氏名を記入してください。（押印不要）
この場合、「申請者との関係」以下の項目と「振込先」欄の各項目は記入不要です。

◎ 標準負担額減額差額支給について

住民税非課税世帯に属する被保険者が、入院療養又は在宅療養（「在宅末期医療総合診療料」が算定されている者に限ります。）を受けた場合であって、限度額・減額認定証の交付を受けられなかった理由又は限度額・減額認定証を病（医）院の窓口へ提出することができなかった理由がやむを得ないものと組合が認めるときは、病（医）院に支払った自己負担限度額及び入院時の食事療養又は生活療養に係る標準負担額と、限度額適用・標準負担額により支払うべき額との差額を支給します。

◎ 添付書類について

70歳以上の被保険者が、自己負担限度額及び入院時の食事療養又は生活療養に係る標準負担額の減額による差額の支給を受けようとするときは、この申請書に次の書類を添付して提出してください。

- ア 「限度額・減額認定証」又は「限度額・減額認定申請書」
- イ 病（医）院に支払った自己負担限度額及び標準負担額が確認できる領収書