

健康保険限度額適用・標準負担額減額差額支給申請書

* 被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合、備考欄にマイナンバーを記載してください。
(その場合、マイナンバー確認書類の添付必要、被保険者証の記号番号は記載不要)

☆被保険者証の記号番号を選択した場合は、今までと同様の手続きで可能となります。
(注)個人番号および本人の確認をするための添付書類は不要です。

被 保 険 者 が 記 入 す る 欄	被保険者証の記号番号	記号 ×××	番号 ×××××	フリガナ 被保険者氏名	ケンポ タロウ														
	事業所名 (所属部署)	日本たばこ産業(株) ○○○支店△△△営業部																	
	フリガナ	ケンポ ジロウ			生年月日	昭和	平	×	×	×	×	×	×	×	×	被保険者との続柄	父		
	食事療養を受けた者の氏名	健保 次郎																	
	食事療養を受けた病院等の名称所在地	名称	□□□病院																
		所在地	東京都△△区○○町2-2																
	傷病名	脳梗塞			市区町村から医療費の助成を受けていますか	・いいえ ・はい													
	第三者の行為によるものですか	・いいえ ・はい			業務上・通勤途上によるものですか	・いいえ ・はい													
	発病または負傷の原因	不詳																	
	入院期間(日数)	平成・令和 × 年 × 月 × 日から平成・令和 × 年 × 月 × 日まで																20	日間
	当該期間に支払った標準負担額	××, 500 円																	
	減額認定証を提出できなかった理由	標準負担額減額認定証の発行の手続きをしていたため。																	
	個人番号が記載された申請書を事業主経由で提出する方	☐ 本申請書の提出を事業主へ委任します。 (*委任する方は□にシ点を付けてください。)																	
	在職者の方	本請求に基づく給付金の受領を事業主(代理人)に委任します。 令和 × 年 8 月 25 日 被保険者氏名 健保 太郎 (印)																	
	退職後の方	銀行 金庫 信用組合 支店 出張所 支所 口座番号 □□□□□□□□ 口座名義(カタカナ) 普通・当座 *被保険者名義以外の口座に振込を希望する場合、本請求に基づく給付金の受領を代理人に委任します。 令和 年 月 日 被保険者氏名 (印) 代理人の住所 電話番号 () 氏名 (印) 委任者と代理人との関係																	
上記のとおり申請します。	令和 × 年 8 月 25 日 住 所 ○○市○○区△△町2-1 電話番号 ×××(×××)0000 氏 名 健保 太郎 (印)																		

※個人番号が記載された申請書を事業主経由で提出する方は、□にシ点にご記入下さい。

在職者の方は、給付金を事業主経由で支払いますので、受取代理人の欄にご記入下さい。

退職後(退職予定)の方は、給付金の振込先金融機関をご記入下さい。

なお、被保険者名義以外の口座に振込を希望する場合には、委任欄のご記入が必要となります。

健保受付日付印

備考欄

(注)個人番号を記載した場合は、個人番号および本人の確認をするための添付書類が必要です。

※被保険者証の記号番号に代えて個人番号により申請する方は、個人番号(12ケタ)をご記入下さい。

(注)個人番号および本人の確認をするための添付書類が必要です。