※長期該当見込み

受付者	受付印

受付者	受付印

国民健康保険生活療養標準負担額差額支給申請書

(あて先) 八 尾 市 長

該当年月	令和　　年　　月分

被 保 険 者	記号	八国	番号		続柄	
減 額 対 象 者	氏名		生年月日	年　月　日		
			個人番号			
療養を受けた保険医療機関	名　称	1　別紙のとおり	2			
	所在地	1　別紙のとおり	2			
入 院 期 間	令和　年　月　日　～　令和　年　月　日　まで　日間					
入院期間に受けた生活療養に対し支払った額(標準負担額)　円						
減額認定証の交付申請又は提出ができなかった理由						

上記のとおり申請し、支給金額については支給決定後、下記の金融機関口座に支払われるよう申請します。

令和　　年　　月　　日

世 帯 主 住 所　　八尾市

世 帯 主 氏 名

個 人 番 号

電 話 番 号　　(　　－　　－　　)

振込希望金融機関	銀行 ・ 信用金庫 農協 ・ 信用組合		
支店 ・ その他 (　　)			
普通 ・ 当座	口座番号		
口座名義人(**世帯主**) **カタカナ**で記入		金融機関コード	
		店 番 号	

健康保険課記入欄		
長期該当日	レセ処理年月	バッチーレセ
令和　年　月　日	令和　年　月	－

差額償還	1　(　　－　　) × (　　) 回 ＝ (　　) 円 2　(　　－　　) × (　　) 回 ＝ (　　) 円 3　(　　－　　) × (　　) 回 ＝ (　　) 円 4　(　　－　　) × (　　) 回 ＝ (　　) 円 5　却下　理由 (　　)
備考	