※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

被保険者証	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	