

高齢受給者一部負担金差額支給申請書

記号・番号は、[マイナポータル]アプリでご確認ください

記号		番号						R	年	月	診療分			
被保険者	氏名													
	生年月日	S	年	月	日									
高齢受給者	氏名						被保険者 との続柄							
	生年月日	S	年	月	日									
療養を受けた 医療機関	名称													
	所在地													
傷病名														
療養を受けた期 間および、入 院、通院、調剤 の別	R	年	月	日から		日間	入院 ・ 通院 ・ 調剤							
	R	年	月	日まで										
	R	年	月	日から		日間	入院 ・ 通院 ・ 調剤							
	R	年	月	日まで										
一部負担金 支払額	円 上記療養期間中に支払った一部負担金（保険診療の対象とならない費用を除く。）を記入し、診療を受けた保険医療機関等の領収書を添付してください。													
差額請求 する理由	医療機関等の窓口で高齢受給者証を提示できなかった理由または、差額（一部負担金）支払った理由を記入してください。													
上記のとおり申請いたします。											R	年	月	日
被保険者住所 〒 -											被保険者氏名			

<留意事項>

- 被保険者または被扶養者が止むを得ない事由のため、正当な負担割合で受診できなかったときに、健保組合がその必要を認めた場合に限って支給されます。
- 本申請書および領収証提出に当たっては、次の事項を厳守してください。
 - 申請書および領収証は、必ず毎月1カ月毎に用紙を改めてください。（診療報酬明細書1枚につき申請書1枚）
 - 同月に入院・外来両方がある場合には、それぞれの申請書および領収証（原本）を1枚ずつ提出ください。