|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 国民健康保険標準負担額差額支給申請書 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 被保険者  記号・番号 | | | | |  | | 減額対象者  氏名 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 個人番号 | | | |  |  | |  | |  |  |  | | |  | |  |  | |  |  |  |
| 区　　分 | | | 一般・退職（本人・扶養）  □前期高齢者 （区分Ⅰ・区分Ⅱ） | | | | 生年月日 | | | 昭和・平成・令和  年 　 　月 　 　日 | | | | | | | | | | 世帯主との続柄 | | | | |  | | | |
| 食事療養を受けた  医療機関名 | | | | | 名称 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 所在地 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 減額認定証の交付 | | | | | | 発行年月日 | | | | | 令和　　 年　　 月　　 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | 長期該当年月日 | | | | | 年　　 月 　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （回数）  入院期間 | | 平・令　　年　　月　　日 ～ 平・令　　年　　月　　日　　　日  平・令　　年　　月　　日 ～ 平・令　　年　　月　　日 日  長期該当　平・令　　年　　月　　日 ～ 平・令　　年　　月　　日　　　日  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　合計　　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | 食事療養回数  　　　　　　　　回  長期該当　　　　回  合計　　　　　回 | | | | | | | | | |
| 減額認定証の交付申請又は提出ができなった理由 | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 食事療養に要した費用額　Ａ | | | | | | ４６０円 ・ ４２０円 ・ ２６０ 円　× | | | | | | | | | 回 | | | | | | | 円 | | | | | | |
| (減額認定交付者・証無長期) | | | ２１０ 円 | | | | × | | 回 | | | | | | |
| 減額対象者の標準負担額　Ｂ | | | | | | ２１０ 円 | | | | | | | × | | 回 | | | | | | | 円 | | | | | | |
| （長期該当） | | | １６０ 円 | | | | × | | 回 | | | | | | |
| （ 生活Ⅰ） | | | １３０ 円 | | | | × | | 回 | | | | | | |
| （ 区分Ⅰ） | | | １００ 円 | | | | × | | 回 | | | | | | |
| 支給申請額　Ａ－Ｂ | | | | | | 円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 受　取　方　法 | 口座払 | | | 金融機関 | | 銀行・金庫　　　　　　　　　　　　本店・支店 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 口座番号 | | 普通・当座（債権者番号　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 口座名義人 | | （フリガナ　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 現金払 | | | 大船渡市役所 会計課窓口 で受領希望 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 備　　　考 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 記のとおり食事療養に要した費用に関する別紙証拠種類を添えて申請します。  　　　令和 　　年　 　月　 　日  　　　　　　　　　　　　　（世帯主）住所    　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名  　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話　　　　　　－　　　　－  　　　　　　　　　　　　　　　　　　個人番号  大船渡市長　様 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

（国保法施行規則第26条の5関係）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |
| 令和　　　 　年　　　　 月　　　　 日　　　　　　　上記のとおり申請がありましたので、  支給決定してよろしいでしょうか。 | 課　　長 | 補　　佐  以下 処理欄（記入不要） | 係　　長 | 課　　僚 | 主　 任 |
|  |  |  |  |  |