|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 |  | | | | | | | | | | 療養を受けた  被保険者氏名 | | | | | | |  | | | | | 世帯主との続柄 | | |  |
| 個人番号 |  |  |  |  | |  | |  |  |  | |  |  | |  | |  | | 生年月日 | | 昭和・平成・令和  　　　　　　年　　　月　　　日 | | | | | |
| 区分 | **□**　一般（69歳まで）　　　**□**　前期高齢者【区分Ⅰ・区分Ⅱ】（70歳から74歳まで） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 医療機関名 |  | | | | | | | | | | | | | | | 所在地 | | | |  | | | | | | |
| 減額認定証の交付申請又は提出できなかった理由 | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 減額認定証 | 発行期日：令和　　 年　　 月　　 日　　　　長期入院該当：令和　　 年　　 月　　 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 入院期間  及び  食事回数 | 令和　　年　　月　　日～令和　　年　　月　　日（計　　　日）食事:　　　回 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 長期該当:令和　　年　　月　　日～令和　　年　　月　　日（計　　　日）食事:　　　回 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （合計　　　日）合計:　　　回 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 食事療養に要した  費用額  （Ａ） | （円）×　　　　　　　（回）＝　　　　　　（円） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 円 | | |
| （円）×　　　　　　　（回）＝　　　　　　（円） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （円）×　　　　　　　（回）＝　　　　　　（円） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 標準負担額  （Ｂ） |  | | | | （円）×　　　　　　　（回）＝　　　　　　（円） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 円 | | |
| 長期該当  生活Ⅰ  区分Ⅰ | | | | （円）×　　　　　　　（回）＝　　　　　　（円） | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 長期該当  生活Ⅰ  区分Ⅰ | | | | （円）×　　　　　　　（回）＝　　　　　　（円） | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 支給申請額（Ａ－Ｂ） | | | | | 円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 受取口座 | **□**　公金受取口座を利用する（利用する場合は振込先の記入不要）  **□**　振込口座を指定する | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 振込先 | 金融機関 | | | | | | 銀行・金庫・農協　　　　　　　　　　本店・支店 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 普通口座番号 | | | | | | （債権者番号　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 口座名義人 | | | | | | （フリガナ　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **令和　　　年　　　月　　　日**  **大船渡市長　様**  **申請者（世帯主）**  **住　　所**    **氏　　名**  **電話番号　　　　　　　－　　　　　　　－**  **上記のとおり食事療養に要した費用の支給を申請します。** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 本人確認  　１点：  　２点： | | | | |
| 受付者印 | | |  | |
| 受付印 | | | | |