|  |
| --- |
| **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 |