|  |
| --- |
| 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　　（69歳まで）□　前期高齢者（区分Ⅰ・区分Ⅱ）　　（70歳から74歳まで） | 生年月日 | 昭和・平成・令和 | 世帯主との続柄 |  |
| 年 　　月 　　日 |
| 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 | 令和　　年　　月　　日 ～ 令和　　年　　月　　日　　　日令和　　年　　月　　日 ～ 令和　　年　　月　　日　　　日長期該当　令和　　年　　月　　日 ～ 令和　　年　　月　　日　　　日　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　合計　　　　日 | 食事療養回数　　　　　　　　回長期該当　　　　回合計　　　　　回 |
| 差額支給が生じた理由 |  |
| 食事療養に要した費用額　Ａ | 円 | × | 回 | 　　　　　　　円 |
| (減額認定交付者・証無長期) | 円 | × | 回 |
| 減額対象者の標準負担額　Ｂ | 円 | × | 回 | 　　　　　　　円 |
| （長期該当） | 円 | × | 回 |
| （ 生活Ⅰ） | 円 | × | 回 |
| （ 区分Ⅰ） | 円 | × | 回 |
| 支給申請額　Ａ－Ｂ | 円 |
| 受領方法（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　　　　　　　　　　　　） |
| 上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）