

国民健康保険食事(生活)療養費差額支給申請書

帯広市長 上野 庸介 様

被保険者記号・番号		帯広	受診資格	一般・退職(本人・被扶養者)
減額対象者	氏名		個人番号	
	生年月日	年 月 日	世帯主との続柄	
	既に減額認定証の交付を受けている方のみ記入してください。	交付年月日	年 月 日	
		適用年月日	年 月 日	
長期該当年月日		年 月 日		

入院をした保険医療機関等	名称	
	所在地	
入院期間	年 月 日 から 年 月 日 まで	日間
入院期間に受けた食事療養に対し支払った額(標準負担額)		円
標準負担額減額認定を受けていることの確認を受けなかった理由		
① 病気療養中のため		
② その他 ()		
傷病名		負傷原因
交通事故等の第三者行為	有 ・ 無	療養内容

上記の通り療養に要した費用に関する別紙証拠書類を添えて申請します。 年 月 日

世帯主	住所	〒									
	氏名		電話番号								
	□口座振込	金融機関	銀行 信金 信組 農協	(7桁)							
			本店 支店 本所	口座名義人							
	□口座種別	普通・当座・その他 ()	口座番号								
□窓口払い											

処理欄	差額支給	① (-)円×()食=()円
		② (-)円×()食=()円
		③ (-)円×()食=()円
		④ 差額支給額 ()円
		⑤ 却下(理由)

個人番号確認

通知・個人番号カード

住民票等

住基台帳等確認(同意 有 無)

窓口に来られた方の名前	世帯主との関係