

国民健康保険 食事療養費 標準負担額減額差額支給申請書
生活療養費

令和 年 月 日

(あて先)豊浦町長 様

申請者 住 所 _____

(世帯主) 氏 名 _____ ⑩

個人番号 _____

(電話番号 — —)

下記被保険者の食事療養費差額を指定口座に振り込まれるよう申請します。

被保険者番号	区分 <input type="checkbox"/> 低所得Ⅱ <input type="checkbox"/> 低所得Ⅰ	<input type="checkbox"/> 一般被保険者(未就学・前期)		
氏 名	生年月日 年 月 日生	続柄	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
個人番号				
振 込 先	銀行・信用金庫 農 協・漁 協	<input type="checkbox"/> 本 店 <input type="checkbox"/> 支店	<input type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金	
口座番号	(フリガナ) 預金名義人			
(世帯主と預金名義人が違う場合は、この欄に署名捺印してください。) 上記名義人口座への振込を承諾します。 世帯主 氏 名 _____ ⑩ 個人番号 _____				
療 養 を 受 け た 内 容 (領収書等を添付してください。)				
保健医療 機関等の 名称所在	入院期間 年 月 日 ~ 年 月 日	支払済額 円		
減額が受けられなかった理由 <input type="checkbox"/> 減額の制度を知らなかった <input type="checkbox"/> 入院中などのため申請できなかった。 <input type="checkbox"/> 長期該当の手続き期間中であつた。 <input type="checkbox"/> その他()				

合計支給額	差額内訳
円	月分(—)円× 食= 円
	月分(—)円× 食= 円
	月分(—)円× 食= 円
	月分(—)円× 食= 円
	月分(—)円× 食= 円