国民健康保険 食事療養費 生活療養費 標準負担額差額申請書

申請者（世帯主）	住所 氏名	印 （連絡先）電話
申請者の個人番号		

被保険者の記号・番号	８４－	療養を受けた被保険者氏名	
世帯番号	受診者宛名番号		
被保険者の個人番号		生年月日	年　月　日
入院期間	年　月　日から 月　日まで 日間	性別	

食事療養を受けた医療機関等の所在地と名称	病院・医院・診療所
減額が受けられなかった理由	□減額制度を知らなかった □長期該当の手続き期間中であった □入院中などのため申請できなかった □その他 （　　）

食事回数	回	居住日数	日
入院期間に受けた食事療養に支払った額（標準負担額）	十万　万　千　百　十　円		
差額支給額			
（　－　）× 回＝ 円			

上記のとおり療養に要した費用に関する証拠書類を添えて申請します。

年　月　日　下記の口座にお振り込み下さい。

振込先	フリガナ		
	口座名義人		
	振込先金融機関	銀行コード	支店コード
		銀行 信用金庫 信用組合 協同組合	支店
		（右詰前0）口座番号	口座種別　１・２　普通・当座

（世帯主と預金口座名義人が違う場合は、この欄に署名捺印して下さい。）

上記名義人口座への振込を承諾します。　世帯主氏名　印

邑南町長　大屋　光宏　様