

様式第5号(第11条関係)

国民健康保険食事療養・生活療養標準負担額減額差額支給申請書

年　月　日

彦根市長様

被保険者記号番号	滋彦										
世帯主	住所									電話番号	
	氏名	(署名または記名押印)				生年月日		年　月　日		男・女	
減額対象者	氏名					生年月日		年　月　日		男・女	
	個人番号								世帯主との続柄		

食事療養・生活療養を受けた 保険医療機関等		名　称					
		所在 地					
入院期間(日数)		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
入院期間に受けた生活療養に対し支払った額(標準負担額)							円
限度額適用・標準負担額減額認定証の 交付申請または提出ができなかった理由							
発病または負傷の理由		1 : 第三者行為(交通事故等) 2 : その他(自損事故・疾病等)					
振込口座の名称	<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用します。(利用する方は、口座情報の記入は不要です。)						
	銀行 信用金庫 農協	本店		普通 ・ 当座	口　座　番　号		
		支店 出張所					
預　金　名　義　人 (カタカナで記入してください。)							

(申出人と名義人が異なる場合は、名義人に領収権を委任します。)

※入院期間の欄は、差額支給対象である期間を記載すること。

※添付書類 保険医療機関への支払証拠書類(入院時の食事・生活療養負担額が分かるもの)

※公金受取口座にチェックを入れた場合は、口座情報について記載の必要はありませんが、記載があった場合には、原則記載された口座情報への振込を優先します。