

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 支店 出張所		普通 ・ 当座		口 座 番 号				
	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、記載があつた場合には、原則記載された口座情報への振込を優先します。