**国民健康保険　食事療養費・生活療養費**

**標準負担額減額差額支給申請書**

 　　年　　月　　日

　　大槌町長　殿

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者(世帯主) | 住所　　大槌町　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 (電話　　　―　　　　) |

　下記被保険者の食事療養費差額支給を申請します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 被保険者番号 | 区分□低所得Ⅱ□低所得Ⅰ | □一般被保険者□退職被保険者□退職被扶養者 | 整理番号 |
| 氏　　名 |  | 生年月日年　　月　　日生 | 続柄 | □男□女 |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 振込先　　　　　　　　　銀行・信用金庫　　　　　　　　　　　　農協・信用組合 | 　□　本店　□　支　　店 | □　普通預金□　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　　　　　　　　　　印 |
| 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つた理由　□　減額の制度を知らなかつた　　　　　□　入院中などのため申請できなかつた。　□　長期該当の手続き期間中であつた。　□　その他(　　　　　　　　　　　　　) |

|  |  |
| --- | --- |
| 合計支給額円 | 差額内訳月分(　　　―　　　)円×　　　食＝　　　　　円月分(　　　―　　　)円×　　　食＝　　　　　円月分(　　　―　　　)円×　　　食＝　　　　　円月分(　　　―　　　)円×　　　食＝　　　　　円月分(　　　―　　　)円×　　　食＝　　　　　円 |