

**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 住所 大槌町

(世帯主) 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	<input type="checkbox"/> 一般被保険者	整理番号																				
		<input type="checkbox"/> 低所得Ⅱ	<input type="checkbox"/> 退職被保険者																					
		<input type="checkbox"/> 低所得Ⅰ	<input type="checkbox"/> 退職被扶養者																					
氏名			生年月日	続柄																				
個人番号	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center; width: 100px; height: 20px;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>																						年 月 日生	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
振込先	銀行・信用金庫	<input type="checkbox"/> 本店	<input type="checkbox"/> 普通預金																					
	農協・信用組合	<input type="checkbox"/> 支店	<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	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		支払済額																					
	年 月 日 ~ 年 月 日		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	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