**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 |