

**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"/> 低所得Ⅱ <input type="checkbox"/> 低所得Ⅰ	<input type="checkbox"/> 一般被保険者 <input type="checkbox"/> 退職被保険者 <input type="checkbox"/> 退職被扶養者	整理番号
氏名	生年月日		続柄	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
個人番号	年 月 日生			
振込先	銀行・信用金庫 農協・信用組合	<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店	<input type="checkbox"/> 普通預金 <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 年 月 日 ~ 年 月 日		支払済額 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	差額内訳			
	円	月分(—)円×	食= 円
		月分(—)円×	食= 円
		月分(—)円×	食= 円
		月分(—)円×	食= 円