別記様式第８号（第１２条の４、第１２条の６関係）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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

関市長　様

|  |  |
| --- | --- |
| 申請者  　　　（世帯主） | 住　　所　　　関市  氏　　名  個人番号  （電話番号　　　　　―　　　　―　　　　　） |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 次の被保険者の | | 食事療養費  生活療養費 | 差額を指定口座に振り込まれるよう申請します。 | | | | | |
| 被保険者記号・番号 | | | * 区分オ * 区分Ⅱ * 区分Ⅰ | | 個人番号 | | | |
| 氏名 | | | 生年月日  　　　　年　　月　　日 | | | 世帯主との続柄 | | |
| 振込先　　　　　　　　　銀行・信用金庫  　　　　　　　　　　　　農協・信用組合 | | | 本店・出張所  　　　　　　　　支店 | | | 預金  種目 | □　普　通  □　当　座 | |
| 口座番号 | | | （フリガナ）  口座名義人 | | | | | |
| □　公金受取口座を利用します。 | | | | | | | | |
| 療養を受けた内容　　　　　（領収書、証明書等を添付してください。） | | | | | | | | |
| 保険医療機関等の名称・所在・医師名 | | | 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 | | | | | | | | |
| □　減額の制度を知らなかった。  　□　長期該当の手続期間中であった。  □　入院中などのため申請できなかった。 | | | | □　その他  　　　理由 | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 合計支払額  円 |  |  |  |
|  | 受付者 | 受　付　印 |
| 差額内訳  　　月分（　　　　－　　　　）円×　　　日（食）＝　　　　円  　　月分（　　　　－　　　　）円×　　　日（食）＝　　　　円  月分（　　　　－　　　　）円×　　　日（食）＝　　　　円  月分（　　　　－　　　　）円×　　　日（食）＝　　　　円  月分（　　　　－　　　　）円×　　　日（食）＝　　　　円 |  |  |  |
|  | 滞　納 |
|  | 有　・　無 |