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 |
| 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 |