

国民健康保険 食事療養費 標準負担額  
生活療養費

# 減額差額支給申請書

年 月 日

関市長 様

申請者 住所 関市  
(世帯主) 氏名 \_\_\_\_\_  
個人番号 \_\_\_\_\_  
(電話番号 — — )

次の被保険者の 食事療養費 差額を指定口座に振り込まれるよう申請します。  
生活療養費

被保険者記号・番号	<input type="checkbox"/> 区分オ <input type="checkbox"/> 区分Ⅱ <input type="checkbox"/> 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
口座番号	(フリガナ) 口座名義人	預金 種目
<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座		
<input type="checkbox"/> 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。       その他  
 長期該当の手術期間中であった。      理由.....  
 入院中などのため申請できなかった。      .....

合計支払額	円
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

受付者	受付印
滞 納	
有 ・ 無	