

身元確認済（個・免・保（ ））

代理権確認済（ ）

**国民健康保険入院時食事療養費
標準負担額差額支給申請書**

令和 年 月 日

香美町長 様

申請者 住 所 香美町
(世帯主)

氏 名

個人番号

(電話 - -)

下記被保険者にかかる国民健康保険食事負担差額の支給を申請します。

被保険者番号	区分 <input type="checkbox"/> 才 <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			
個人番号	生年月日 年 月 日生	続柄	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
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) 口座名義人		
(世帯主と口座名義人が違う場合は、この欄に記入してください。)			
上記名義人口座への振込を承諾します。 世帯主氏名			
療 養 を 受 け た 内 容 (領収書等を添付してください。)			
診療を受け た医療機関 等		入院期間 年 月 日 ～ 年 月 日	支払済額 円
医療機関等 の所在地			
減額が受けられなかった理由 <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った。 <input type="checkbox"/> その他()			
発病又は負傷の理由 <input type="checkbox"/> 第三者行為(交通事故等) <input type="checkbox"/> その他(自損事故・疾病等)			

合計支給額	差額内訳
円	月分(—)円× 回= 円
	月分(—)円× 回= 円
	月分(—)円× 回= 円
	月分(—)円× 回= 円
	月分(—)円× 回= 円