

一 般	退 本	退 扶

支給申請書受理番号：

国民健康保険 食事療養費 生活療養費 標準負担額差額申請書													
(世帯申請者) 住所氏名		印											
申請者の個人番号		(連絡先) 電話											
被保険者の記号・番号		世帯番号		受診者宛名番号		療養を受けた被保険者氏名							
被保険者の個人番号		年		月		日から		生年月日					
入院期間		月		日まで		日間		性別					
食事療養を受けた医療機関等の所在地と名称		病院・医院・診療所											
減額が受けられなかった理由		<input type="checkbox"/> 減額の制度をしらなかった <input type="checkbox"/> 長期該当の手続き期間中であつた <input type="checkbox"/> 入院中などのため申請できなかった <input type="checkbox"/> その他		食事回数		回		居住日数		日			
		<input type="checkbox"/> 減額の制度をしなかった <input type="checkbox"/> 長期該当の手続き期間中であつた <input type="checkbox"/> 入院中などのため申請できなかった <input type="checkbox"/> その他		入院期間に受けた食事療養に支払った額 (標準負担額)		十		万		千			
				差額支給額						円			
				() × 回 =						円			
上記のとおり療養に要した費用に関する証拠書類を添えて申請します。													
年 月 日 下記口座にお振り込み下さい。													
フリガナ													
口座名義人													
振込先		銀行コード				支店コード							
振込先金融機関		銀行				信用金庫				支店			
		信用組合				協同組合							
(右詰前0) 口座番号						口座種別		1・2・普通・当座					
(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了承します。 世帯主氏名 印													
智頭町長													