|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 課　長 | 対策監 | 課長補佐 | 主　幹 | 係　長 | 主務者 | 課　　　　員 |
|  |  |  |  |  |  |  |

（様式第１０号）

国民健康保険医療

標準負担額差額支給申請書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 被保険者記号番号 |  | 世帯主氏名 | 　　　　　　　　　　 |
| 療養を受けた人 | 氏　　名 | 生年月日 | 続　　柄 |
|  | 年 　 月 　日生 |  |

標準負担額減額認定証の内容

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 適用区分 |  | 適用年月日 |  |
| 交付年月日 |  | 長期該当年月日 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 診療を受けた医療機関等 |  |
| 医療機関等の住所 |  |
| 入院日数 | 年　月　日から　年　月　日まで　　日間　　　回 |
| 入院に際して受けた食事療養に対し支払った額（標準負担額） |  |
| 標準負担額減額認定証を医療機関に提出できなかった理由 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 差額 |  | 支給額 |

□公金受取口座を利用する（利用する者は口座情報の記入不要）

公金受取口座を登録していない方は、マイナポータルから簡単に登録いただけます。通帳等の写しの提出が不要になります。

□振込口座を指定する

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 振込先口座 | 　　　　　　　　　　銀　　行　　　　　　　　　　信用金庫　　　　　　　　　　協同組合（　　　　　） | 本店・支店（　　　　　） | 預金種別 | 普　　通当　　座（　　　　） |
| 口　座番　号 |  | (ﾌﾘｶﾞﾅ)口　座名義人 |  |
|  |

上記のとおりに関係書類を添えて国民健康保険医療の食事負担額差額の支給を申請します。

三 股 町 長 殿

　　　　　　　　　年　　　月　　　日

　　　　申請者（世帯主）　　　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　　㊞

個人番号　　　　　　　-　　　　　-

　　　　　　　　　　　　　　　電話番号