

# 国民健康保険 食事療養標準負担額 差額支給申請書

|  |  |          |          |  |         |       |  |    |  |  |  |
|--|--|----------|----------|--|---------|-------|--|----|--|--|--|
| 被保険者証記号番号  |  | 香川 4 5 — |          |  |         |       |  |    |  |  |  |
| 世帯主  | 住所   |          |          |  |         |       |  | 電話 |  |  |  |
|  | 氏名   |          |          |  | 生年月日    | 年 月 日 |  |    |  |  |  |
| 個人番号   |  |          |          |  |         |       |  |    |  |  |  |
| 差額対象者  | 氏名   |          |          |  | 生年月日    | 年 月 日 |  |    |  |  |  |
|  | 世帯主との続柄  |          |          |  |         |       |  |    |  |  |  |
| 個人番号   |  |          |          |  |         |       |  |    |  |  |  |
| 既に減額認定証の交付を受けている方  |  |          |          |  | 交付年月日   | 年 月 日 |  |    |  |  |  |
|  |  |          |          |  | 発効年月日   | 年 月 日 |  |    |  |  |  |
|  |  |          |          |  | 長期該当年月日 | 年 月 日 |  |    |  |  |  |
| 入院をした保険医療機関等   |  | 名称       |          |  |         |       |  |    |  |  |  |
|  |  | 所在地      |          |  |         |       |  |    |  |  |  |
| 入院期間（日数）   | 年 月 日 から   |          | 年 月 日 まで |  | 日間      |       |  |    |  |  |  |
| 入院期間に受けた食事療養に対し支払った額（標準負担額）  |  |          |          |  |         |       |  | 円  |  |  |  |
| 減額認定証の交付申請または提出ができなかった理由   |  |          |          |  |         |       |  |    |  |  |  |
| 1 入院中のため、減額認定証の交付が事前にできなかったため。<br>2 やむを得ない事情があり医療機関に減額認定証を提示できなかったため。<br>3 その他（ ）  |  |          |          |  |         |       |  |    |  |  |  |
| 振込先  | <input type="checkbox"/> 世帯主の公金受取口座を利用します。(利用する場合、 <input checked="" type="checkbox"/> を入れて上記個人番号(世帯主)をご記入ください。)<br>※申請後に公金受取口座を変更した場合、変更前口座に支給となることがあります。 |          |          |  |         |       |  |    |  |  |  |
|  | <input type="checkbox"/> 振込口座を指定します。(指定する場合、 <input checked="" type="checkbox"/> を入れて口座情報をご記入ください。)  |          |          |  |         |       |  |    |  |  |  |
|  | _____ 銀行・農協・その他( ) _____ 支店 当座・普通<br>フリガナ<br>名義人 _____ 口座番号 _____  |          |          |  |         |       |  |    |  |  |  |
| <b>委任状(世帯主と口座名義人が違う場合)</b><br>私(世帯主)は、上記口座名義人を代理人と定め、国民健康保険食事療養標準負担額差額の受領に関する一切の権限を委任します。<br><div style="text-align: right;">令和 年 月 日</div> <div style="text-align: center;">世帯主 住所<br/>氏名</div> |  |          |          |  |         |       |  |    |  |  |  |

※ 備考 入院期間の欄は、差額支給の対象である期間を記載してください。

上記のとおり、関係書類を添えて国民健康保険食事療養標準負担額差額の支給を申請します。

令和 年 月 日

世帯主 住所

氏名

さぬき市長 大山茂樹 殿

|      |                                   |                |                 |              |
|------|-----------------------------------|----------------|-----------------|--------------|
| 本人確認 | A【個力・免許・住力(有)・旅券・身障・( )】          | ① 支払った標準負担額×食数 | ② 減額された標準負担額×食数 | 支給決定額（差額）①－② |
|      | B【保険・住力(無)・年金・共済・( )】             |                |                 |              |
| 番号確認 | C【学生・社員・通キャカ・クレカ・( )】             |                |                 |              |
|      | 【個力・通力・住民票写(番号入)・住民票記載事項証明書(番号入)】 |                |                 |              |