

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

支給申請書受理番号：

* 太枠の中のみご記入ください

(世帯申請主者)	住所														
	氏名	⑩													
	電話番号														
	個人番号														
被保険者番号					療養を受けた被保険者氏名										
世帯番号			受診者宛名番号												
被保険者の個人番号								生年月日	昭和・平成・令和		年	月	日		
入院期間	年 月 日 ~ 年 月 日				性別				男・女						
食事療養を受けた医療機関	名称	病院・医院・診療所													
	所在地														
食事療養費の支給申請をした理由	<input type="checkbox"/> 制度を知らなかったため <input type="checkbox"/> 長期該当の手続き期間中だったため <input type="checkbox"/> 入院中等で申請ができなかったため <input type="checkbox"/> その他(具体的に記入)								食事回数	回					
									居住日数	日					
入院期間に受けた食事療養費に支払った額(標準負担額)	円								実際の食事代(円)				
差額支給額	円								本来の食事代(円)				
上記のとおり、療養に要した費用に関する書類を添えて申請します。下記口座にお振込ください。															
年 月 日															
振込先口座情報	<input type="checkbox"/> 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。														
	<input type="checkbox"/> 振込口座を指定する														
	金融機関等名称	銀行・信用金庫 信用組合・協同組合						金融機関コード							
	支店名称	支店・支所・()						支店コード							
	口座番号							口座種別	普通・当座						
口座名義人	フリガナ														
	氏名														
(世帯主と預金名義人が異なる場合は、この欄に署名・押印してください)															
上記名義人口座への振込を了承します。												世帯主氏名		⑩	
備考															