

一般	退本	退扶

国民健康保険食事・生活療養費標準負担額差額支給申請書																	
(世帯主)申請者	住 所																
	氏 名 (署名又は記名押印)									電 話							
	個人番号										世帯番号						
被 保 険 者 の 記 号 ・ 番 号		阿国保								療養を受けた 被保険者氏名							
受診者宛名番号																	
被 保 険 者 の 個 人 番 号											生年月日	年	月	日			
療養を受けた 医療機関等の名称																	
食 事 ・ 生 活 療 養 費	入院期間	年 月 日から				年 月 日まで				日間							
	減額が 受けられ なかった 理由	☐ 減額の制度を知らなかった ☐ 長期該当の手続き期間中であった ☐ 入院中などのため申請できなかった ☐ その他 								食事回数	回	居住日数	日				
										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	万	千	百	十	円
										差額支給額							
										(-) × 回 = 円							
負 担 割 合 差 額	診療年月	年 月				費用額	円		診療日数	日							
	患者 負担割合	割 から 割 に変更				変更前一部負担金		十万	万	千	百	十	円				
						変更後一部負担金											
						差額支給額											
発症又は負傷の理由		1：第三者行為(交通事故等) 2：業務上の災害(通勤災害等) 3：その他(自損事故・疾病等)															

申請年月日 年 月 日 下記口座にお振込みください。

振 込 先	口座名義人(カナ)													
	振 込 先 金 融 機 関	銀 行 コー ド						支 店 コー ド						
		銀 行 信用金庫 信用組合 協同組合						支 店						
		(右詰前0) 口 座 番 号						預 金 種 目		1 普通	2 当座	4 貯蓄		
(世帯主と預金名義人が違う場合は、この欄に署名又は記名押印してください。 上記名義人口座への振込みを了承します。 世帯主氏名														
決裁区分	課長	課長補佐	係長	係	支給決定日				支給年月日					
丙														