様式第7号(第8条関係)

国民健康保険食事療養費標準負担額差額支給申請書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者証  記号番号 |  | | | | | 資格区分 | | | | □一般　　□退本　　□退家  　　(前期該当・未就学児) | | | | | | | | |
| 療養を受けた  被保険者 | 氏　　　　　名 | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 世帯主との続柄 | |  | | | | 年　　月　　日生 | | | | | | | | 男　・　女 | | | |
| 個 人 番 号 | |  |  |  |  | | － |  |  |  |  | － |  | |  |  |  |
| 既に減額認定証の交付を  受けている方のみ記入 | | 交付年月日 | | | | | | | | 年　　月　　日 | | | | | | | | |
| 適用年月日 | | | | | | | | 年　　月　　日 | | | | | | | | |
| 長期入院該当申請日 | | | | | | | | 年　　月　　日 | | | | | | | | |
| 入院91日目に該当する年月日 | | | | | | | | 年　　月　　日 | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 食事療養を受けた  保険医療機関等 | | | 名　　称 | |  | | | |
| 所 在 地 | |  | | | |
| 入院期間及び食事療養を受けた回数 | | | | | | 年　　　月　　　日から  年　　　月　　　日まで | | 回 |
| 入院に際して受けた食事療養に対し支払った金額 | | | | | | | 円 | |
| 減額認定証の交付申請又は提出ができなかった理由  　ア　長期入院該当申請日以降長期入院該当年月日前の入院であったため  　イ　その他(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) | | | | | | | | |
| 市町村処理欄 | 差額支給 | ア　(　　　　円－　　　円)×(　　　　食）＝(　　　　　　　　円）  イ　却下(理由：　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　) | | | | | | |
| 上記のとおり国民健康保険食事療養費標準負担額差額の支給を申請し、請求します。  　　　　　年　　月　　日     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | 世帯主 | 住　　所 |  | | | | | | | | | | | | | | | 氏　　名 | 印 | | | | | | | | | | | | | | | 個人番号 |  |  |  |  | － |  |  |  |  | － |  |  |  |  |     (宛先)　えびの市長 | | | | | | | | |
| 振込口座 | 金　融　機　関　名 | | | 銀行・農協・信用金庫　　　　　　　本店・支店 | | | | |
| 預　金　の　種　類 | | | 普通預金　　　当座預金 | | | | |
| 口座番号 | | |  | | | | |
| フリガナ  口座名義 | | |  | | | | |
|  | | | | |