

国民健康保険 食事療養費 標準負担額
生活療養費
減額差額支給申請書

年 月 日

(あて先) 岐阜市長

申請者 住 所 岐阜市
(世帯主) 氏 名 _____ 印
個人番号 (_____)
(電話 _____)

下記被保険者の 食事療養費 差額を指定口座に振り込まれるよう申請します。
生活療養費

記号番号	区分 <input type="checkbox"/> 区分Ⅱ <input type="checkbox"/> 区分Ⅰ	宛名番号		
		個人番号		
氏名	生年月日 年 月 日生	続柄	交通事故等第三者行為 有・無	
振 込 先	<input type="checkbox"/> 世帯主の公金受取口座を利用します（下記の口座情報は、記入不要です。）。 <input type="checkbox"/> 下記の口座を指定します。			
	銀行・信用金庫 農協・信用組合	店 出張所	預金 種目	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座
	口座番号	(フリガナ) 口座名義人		
療 養 を 受 け た 内 容 (領収書、証明書等を添付してください。)				
保険医療機関等の名称・所在・医師名		入院期間 年 月 日 ～ 年 月 日	支払済額 円	
減額が受けられなかった理由				
<input type="checkbox"/> 減額の制度を知らなかった。 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 長期該当の手術期間中であった。 理由..... <input type="checkbox"/> 入院中などのため申請できなかった。 				

合計支払額	差額内訳
円	月分 (_____) 円 × 日 = _____ 円
	月分 (_____) 円 × 日 = _____ 円
	月分 (_____) 円 × 日 = _____ 円
	月分 (_____) 円 × 日 = _____ 円
	月分 (_____) 円 × 日 = _____ 円

備考 氏名を自署する場合には、押印を省略することができる。
 ※マイナ保険証を利用すれば、事前の手続きなく、高額療養費制度における限度額を超える支払いが免除されます。限度額適用認定証の事前申請は不要となりますので、マイナ保険証をぜひご利用ください。