

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

令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

(あて先) 岐阜市長

自筆の場合は
押印省略可

申請者 住所 岐阜市 司町40番地1
(世帯主) 氏名 岐阜 太郎 印
個人番号 (○○○○○○○○○○○)
(電話 265 - 4141)

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

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 岐阜 花子	生年月日 平成 ○ 年 ○ 月 ○ 日生	続柄 子
交通事故等第三者行為 有・無 (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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座
口座番号 ○○○○○○○○	(フリガナ) 口座名義人	ギフ タロウ 岐阜 太郎
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。