

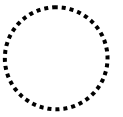
減額差額支給申請書

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 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	<input type="checkbox"/> 一般被保険者	宛名番号	
		<input type="checkbox"/> 退職被保険者 <input type="checkbox"/> 退職被扶養者	個人番号	
氏名	生年月日 年 月 日生		続柄	
振込先	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			

(世帯主と口座名義人が違う場合は、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承諾します。 世帯主氏名 (印)

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

- 減額の制度を知らなかった。
- 長期該当の手続期間中であった。
- 入院中などのため申請できなかった。
- その他 理由 _____

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

受付年月日	受付者	受付場所
年 月 日		国 西 東 北 南 南 日 柳 部 部 部 部 部 部 保 部 部 部 東 西 光 津

※保険料に未納がある場合、療養費の支給についてのチラシ配布済み (国保 _____ に未納確認済)