

減額差額支給申請書

〇〇年〇〇月〇〇日

(あて先) 岐阜市長

申請者 住所 岐阜市 今沢町18
(世帯主) 氏名 岐阜 太郎
個人番号 ()
(電話 265 - 4141)

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 〇〇〇〇〇〇〇〇	区分 <input type="checkbox"/> 区分Ⅱ <input type="checkbox"/> 区分Ⅰ	<input type="checkbox"/> 一般被保険者 <input type="checkbox"/> 退職被保険者 <input type="checkbox"/> 退職被扶養者	宛名番号 個人番号 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇
氏名 岐阜 花子	生年月日 昭和27年 1月 1日生	続柄 妻	
振込先 〇〇 銀行・信用金庫 農協・信用組合	支店 〇〇〇 出張所	預金 種目	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座
口座番号 1234567	(フリガナ) 口座名義人	ギフ ハナコ 岐阜 花子	
(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 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

減額の制度を知らなかった。 その他

長期該当の手続期間中であった。 理由

入院中などのため申請できなかった。

合計支払額 円	差額内訳 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 年 月 日	受付者	受付場所 国西東 南南日柳 部 部 部 保 部 部 東 西 光 津
----------------	-----	--