# 倉敷市国民健康保険食事・生活療養費標準負担額差額支給申請書

| 整理番号 | |
|---|---|

| | | | 年 | | | 月 分 |
|---|---|---|---|---|---|---|

◆太枠内に記入してください。(*印は除く)

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 被保険者証の記号番号 | 岡2 | | | | ― | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 減額対象被保険者氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 被保険者の個人番号 | | | | | | | | | | | | | 個人コード | | | | | | | | | |
| 減額対象被保険者の生年月日・続柄 | | 昭和 平成 令和 | | | | | | | | | 世帯主との続柄 | | | | | | | | | | | |
| 減額認定証の交付を受けている者 | 交付年月日(長期該当交付年月日) | 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 長期該当(入院日数が91日目)の年月日 | 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

差額支給申請の種類(下の01～06のうち申請する差額の種類を○で囲み、支払った回数・金額を記入してください)

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 01 標準額支払済<br>04 (低所得Ⅰ) | 490円 → 230円<br>490円 → 110円 | 490円 × | 回分 | = ( )円 |
| 02 長期非該当支払済<br>05 (低所得Ⅰ) | 230円 → 180円<br>230円 → 110円 | 230円 × | 回分 | = ( )円 |
| 03 標準額支払済(長期該当者)<br>06 (低所得Ⅰ) | 490円 → 180円<br>180円 → 110円 | 490円<br>(180円) × | 回分 | = ( )円 |
| 生活療養に対し支払った額(標準負担額) | | | | ( )円 |
| 差額支給申請に係る支払合計 | | | 回分 | = ( )円 |

| | |
|---|---|
| 食事・生活療養を受けた保険医療機関等の名称<br>*医療機関コード | 差額支給申請に係る入院期間<br>年 月 日から 年 月 日まで<br>( )日間 |

減額認定証の交付申請又は提出が出来なかった理由

上記のとおり申請します。
なお、申請内容に直接影響のない軽微な誤記や明らかな誤字脱字に対する訂正を市が行うことに承諾します。

令和 年 月 日

倉敷市長あて

申請人(世帯主)
住所
氏名
電話 ( ) ―

申請者の個人番号

振込口座

( 銀行 / 信用金庫 / 農協 ) ( 本店 / 支店 / 支所 )

1 普通
2 当座

口座番号

名義人氏名 (フリガナ)

*金融機関コード

*名義人個人コード

◆振込先の口座名義が世帯主以外の場合は委任状が必要です。

| 受付 | | | | | | 受付窓口 | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 13 | 14 | 受付者 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 令和 | 年 | 月 | 日 | | | 77 | 国保 | 児島 | 玉島 | 水島 | 庄 | 茶屋町 | 船穂 | 真備 | |

| 支払区分 | 備考 |
|---|---|
| 1 振込 2 充当 | |