

国民健康保険食事療養標準負担額減額差額支給申請書

被保険者記号・番号			個人番号		
被保険者氏名			世帯主との続柄		
			生年月日	年	月 日
所得区分	オ	・	Ⅱ	・	Ⅰ
長期該当年月日	□有（ 年 月 日）		□無		
医療機関	名称				
	所在地				
入院期間	年 月 日 ~		年 月 日・現在入院中		
申請理由	<input type="checkbox"/> 入院中で届出が困難であったため <input type="checkbox"/> 月途中で長期該当となったため <input type="checkbox"/> その他（ ）				
振込先 ※どちらかに <input checked="" type="checkbox"/> を してください	<input type="checkbox"/>	公金受取口座として登録済みの世帯主の口座を利用する			
	<input type="checkbox"/>	下記の口座を利用する			
		金融機関名	銀行	店	普通
			信用金庫		
口座名義人	農協	所	当座		
		(フリガナ)			

差額支給	(1) (460円-210円) 【250円】 × ()回 = ()円 オ/Ⅱの場合(入院90日まで)
	(2) (210円-160円) 【50円】 × ()回 = ()円 オ/Ⅱの場合(入院90日以上)
	(3) (460円-160円) 【300円】 × ()回 = ()円 オ/Ⅱの場合(入院90日以上)
	(4) (460円-100円) 【360円】 × ()回 = ()円 Ⅰの場合
	(5) (円- 円) 【 円】 × ()回 = (円)
決定金額	円 ((1)+(2)+(3)+(4)+(5)の合計)

上記のとおり関係書類を添えて国民健康保険食事療養標準負担額減額差額の支給を申請します。

年	月	日
---	---	---

長久手市長 殿

世帯主	住所			電話	
	氏名			個人番号	

※世帯主以外の方は、
右欄に記入してください。

申請代理人	住所			
	氏名		電話	

処理欄	資格	第三者行為	未納	本人確認書類	受付
	有・無	該当・非該当	有・無	運転免許証・()	
	<input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 退職		<input type="checkbox"/> 1. 一般 <input type="checkbox"/> 2. 65~69才 <input type="checkbox"/> 3. 70才以上 (1割) <input type="checkbox"/> 4. 70才以上 (3割) <input type="checkbox"/> 5. 未就学児 <input type="checkbox"/> 6. 70才以上 (2割)		
<input type="checkbox"/> 福祉医療あり		<input type="checkbox"/> 81. 子ども <input type="checkbox"/> 82. 障害 <input type="checkbox"/> 83. 母子 <input type="checkbox"/> 85. 精神			