

様式第 5 号(第 11 条関係)

国民健康保険食事療養・生活療養標準負担額減額差額支給申請書

年 月 日

彦根市長 様

被保険者証記号番号		滋彦					
世帯主	住所					電話番号 ー	
	氏名	(署名または記名押印)			生年月日	年 月 日	男・女
減額対象者	氏名				生年月日	年 月 日	男・女
	個人番号					世帯主との続柄	
限度額適用・標準負担額減額認定証の交付を受けている者		発行年月日			年 月 日		
		長期該当年月日			年 月 日		

食事療養・生活療養を受けた 保険医療機関等	名称						
	所在地						
入院期間(日数)	年 月 日から			年 月 日まで 日間			
入院期間に受けた食事療養に対し支払った額(標準負担額)		円					
入院期間に受けた生活療養に対し支払った額(標準負担額)		円					
限度額適用・標準負担額減額認定証の 交付申請または提出ができなかった理由							
発病または負傷の理由		1 : 第三者行為(交通事故等) 2 : その他(自損事故・疾病等)					
振込口座の名称	<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用します。(利用する方は下記口座情報の記載は不要です。)						
	銀行 信用金庫 農協	本店 支店 出張所	普通 ・ 当座	口座番号			
	預金名義人 (カタカナで記入してください。)						

(申出人と名義人が異なる場合は、名義人に領収権を委任します。)

※入院期間の欄は、差額支給対象である期間を記載すること。

※添付書類 ①被保険者証

②保険医療機関への支払証拠書類(入院時の食事・生活療養負担額が分かるもの)

※公金受取口座にチェックを入れた場合は、口座情報について記載の必要はありませんが、記載があった場合には、原則記載された口座情報への振込を優先します。