

日田市国民健康保険 食事療養標準負担額減額・生活療養標準負担額差額支給申請（請求）書

国保・食事療養
国保・生活療養

保険区分	(一般 ・ 退本 ・ 退扶) 年齢【 歳】
限度額区分	(C ・ 才 ・ 低Ⅱ ・ 低Ⅰ)

国保記号番号	日国 -	医療機関	名称	
被保険者氏名			住所	
個人番号		入院期間		平成・令和 年 月 日から 平成・令和 年 月 日まで
生年月日	昭和・平成 年 月 日			() 日間 () 円×() 食分
減額認定証の 交付申請・提出が できなかった理由	1 寝たきり、独居老人、施設入居等のため。 2 月の途中で長期入院該当になったため。 3 急な入院のため。 4 その他 ()	医療機関に支払った額 (標準負担額)		円

上記のとおり関係書類を添えて国民健康保険標準負担減額(生活療養標準負担額)差額の支給を申請します。

令和 年 月 日 住所：
世帯主氏名：
日 田 市 長 様
個人番号：
電話番号：

振込口座	銀行 農協 金庫 組合	本店 支店 出張所	普通 ・ 当座	口座番号 口座名義 (カナ)
------	----------------------	-----------------	---------------	----------------------

◎世帯主以外の口座に振込を依頼する方は、ご記入ください。

委任状	上記により支給される金額の受領を次の者に委任します。	
	受任者 (口座名義人)	住所 氏名
	委任者 (世帯主)	氏名

		市 処 理 欄		
食事療養	イ (460-210)円×()食=()円	受付印	本人 確認	個カード・通知カード 運転・その他()
	ロ (460-160)円×()食=()円			
	ハ (460-100)円×()食=()円		長期該当日	
	ニ (210-160)円×()食=()円		平成・令和 年 月 日	
	ホ (210-100)円×()食=()円		食事(生活)療養支給決定欄	
	ヘ (160-100)円×()食=()円		受理番号(第 号)	
	ト (780-650)円×()日=()円		台帳番号(第 号)	
チ (-)円×()日=()円	合計 円			
生活療養	入院医療の 必要性の 高い者 以外の者	イ (460-210)円×()食 = () 円	必要性の 高い者	
		ロ (460-130)円×()食 = () 円		
		ハ (460-100)円×()食 + 320円×()日 =() 円		
		ニ (420-210)円×()食 = () 円		
		ホ (420-130)円×()食 = () 円		
ヘ (420-100)円×()食 + 320円×()日 =() 円				
必要性の 高い者	ト (260-210)円×()食 = () 円			
	チ (210-160)円×()食 = () 円			
	リ (260-160)円×()食 = () 円			
	又 (260-100)円×()食 = () 円			
却下(理由:)				