

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

振込先 (右記より ご選択ください)	<input type="checkbox"/> <u>世帯主</u> の公金受取口座を利用する（マイナンバーカードと紐づけて登録した口座）									
	<input type="checkbox"/> 振込口座を指定する（下記に金融機関の名称等ご記入ください。）									
振込先 金融機関の 名称等	銀行・農協 信用金庫					本店・支店 出張所・代理店			店番	
	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> 貯蓄					口座名義人（カタカナ）				

※別世帯の方が口座名義人の場合は、下記委任欄を必ずご記入ください。 令和 年 月 日
食事療養・生活療養標準負担額減額差額の受領については、上記の者に委任します。 氏名 印

(令和 年 月診療分)

下記のとおり食事療養・生活療養標準負担額減額差額の支給申請をします。 令和 年 月 日									
大津市長 様 世帯主 住 所 大津市 (申請者) 氏 名 電話 (- -)									
減 額 対 象 者	被 保 険 者 記号・番号	滋 大							
	個 人 番 号								
	氏 名							世帯主との続柄	
	生 年 月 日	昭・平・令		年		月		日 生	性 別
食事療養・生活療養を受けた 保険医療機関の名称及び所在地		名 称							
		所 在 地							
入 院 期 間 (日 数)		年 月 日 ~ 年 月 日 (日間)							
入院期間に受けた食事療養・生活療養について支払った額（標準負担額）		円							
減額されなかった理由（※該当する項目を選択してください）									
<input type="checkbox"/> 制度を知らなかった。 <input type="checkbox"/> 病院に入院中であったため、申請が出来なかった。 <input type="checkbox"/> その他 ()									

注意事項

- 1 申請書は減額対象者ごとに作成してください。
- 2 入院期間は、差額支給の対象である期間を記入してください。
- 3 入院期間中での食事代の標準負担額を支払ったことが証明できる書類(領収書や支払証明書など)を必ず添付してください。
- 4 減額認定証が未交付の場合、支給には減額認定申請が必要です。(未納有の場合は食事のみ減額)
- 5 食事療養費及び生活療養費の差額請求権は、2年の時効により消滅します。(法第百十条)
- 6 公金受取口座の利用が出来るのは、大津市に住民票がある方で世帯主のみとなります。
- 7 振込口座に記載がある場合は、上記のチェックボックスに関わらず、記載の口座に振込みいたします。
- 8 保険料に未納がある場合は、口座振込できない場合があります。

受付印

※受付時記入欄

適用区分	減額認定証	収納確認	高額療養費	受付者
オ ・ II ・ I その他 ()	<input type="checkbox"/> 減額認定証確認 (年度) ※申請対象年度の減額認定証が 未交付の場合、限度額認定申請書添付必須	未納 (有 ・ 無)	申請 (有 ・ 無)	