国民健康保険　食事療養標準負担額差額 生活療養標準負担額差額 支給申請書兼請求書

※太枠の中をご記入ください

被保険者証記号番号	中　津・		個人番号				
減額対象者	氏　名		生年月日　昭和・平成・令和　　年　　月　　日				

一 般 ・ 退職本 ・ 退職扶 ・ 高齢者	限度額区分	オ ・ Ⅱ ・ Ⅰ
食事（生活）療養を受けた保険医療機関等	名　　称	別紙、領収書に記載
	所 在 地	別紙、領収書に記載
入 院 期 間（日 数）	長期該当	令和　　年　　月　　日　（90日目）
	年　　月　　日 ～　　年　　月　　日 日間	
入院期間食事(生活)療養回数	食事（生活）療養回数　　回	
入院期間に受けた食事（生活）療養に対し支払った額（標準負担額）	円	
請　求　額	円	

減度額適用・標準負担額減額認定証の交付申請又は提出ができなかった理由

1　長期入院中のため　　3　その他（　　）

2　急な入院のため

振込先（世帯主名義）		
	銀行コード（　　）	店番（　　）
	銀行　信金 農協　信組	支店 出張所／代理店
	口座番号	口座名義（カタカナ）

上記のとおり療養に要した費用に関する証拠書類を添えて申請し、請求します。

令和　　年　　月　　日

（世帯主）

住　所　中津市

フリガナ

氏　名

個人番号												

電　話

（申請者）
世帯主本人の場合は不要

住　所

フリガナ

氏　名

電　話

同一世帯でない場合は関係を確認（　　）

中津市長あて

受付

備考　　入院期間の欄は、差額支給の対象である期間を記載すること。