

受付

国民健康保険食事療養標準負担額減額差額支給申請書

(宛先)高松市長
下記のとおり申請します。

令和	年	月	診療分	申請日	令和	年	月	日
----	---	---	-----	-----	----	---	---	---

対象者	氏名	生年月日	昭和・平成・令和						年	月	日
		個人番号									
世帯主 (申請者)	住所	〒高松市									
	氏名	個人番号									
		日中連絡の れる電話番号									
振込先	銀行・農協 金庫・組合	支店・本店 支所・出張所	店番	口座名義人(世帯主) カタカナでご記入ください。							
	普通										
届出人 (窓口に来 られた人)	<input type="checkbox"/> 世帯主 <input type="checkbox"/> 療養対象者 <input type="checkbox"/> 同一世帯員(氏名のみご記入ください。) <input type="checkbox"/> 代理人 (下記をすべてご記入ください。)										
	住所										
	氏名	世帯主と の続柄									

※ 入院期間を確認できる書類及び現に支払った標準負担額を証明する領収書の添付が必要です。
 ※ 一人世帯死亡の場合は、誓約書と続柄の分かる戸籍謄本が必要です。

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				
食事療養を受けた 保険医療機関等	名称							
	所在地							
入院期間及び日数	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)	<input type="checkbox"/> 長期該当							円
減額認定証を窓口に提出できなかった理由等								
1 保険医療機関に減額認定証の提示をやむを得ず忘れたため。 2 入院中のため、減額認定証の交付が事前に申請できなかったため。 3 その他()								

職員記入欄				
本人確認	個人番号確認		受付	備考
確認書類 免・個・住・パ・在 等 保・他(高齢・通・キヤ・診)	確認書類	1. 番号カード	不明 拒否 他() 本 庁 支 出	
		2. 番号通知カード		
		3. 住民票等 (番号有)		
適用区分	70歳以上【低Ⅱ 低Ⅰ】・70歳未満【才】			
香川 1				