

別記第4号様式（第5条関係）

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減額

差額支給申請書

被 保 険 者 記 号 ・ 番 号	多 ー		
食 事 ・ 生 活 療 養 を 受 け た 被 保 険 者	氏 名		
	個人番号		
	生年月日	年 月 日	
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 ・ 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 ※差額支給の対象である入院期間を記載すること。		
入 院 の 原 因	☐ 第三者の行為によるもの ☐ その他		
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	
減額認定証の交付申請又は提出が できなかった理由			

振 込 先 金 融 機 関 名	口座種別	口 座 番 号	口 座 名 義 人
銀 行 本 店 信用金庫 農 協 支 店	普 通 当 座		フリガナ
☐ 公金受取口座を利用します。 ※給付金等の受取口座として、国に事前に登録した公金受取口座を利用する場合は 上記の「 ☐ 公金受取口座を利用します。」にチェック（ ☒ ）してください。 ※公金受取口座を利用する場合は、口座情報の記入は不要です。			

上記のとおり申請します。 令和 年 月 日	世帯主 住 所 氏 名 個人番号 TEL ー
多治見市長	

差額支給決定額	円
---------	---