

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	<input type="checkbox"/> 第三者の行為によるもの <input type="checkbox"/> 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	普通		フリガナ
信用金庫 支店	当座		
農協			
<input type="checkbox"/> 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「 <input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用します。」にチェック（ <input checked="" type="checkbox"/> ）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  多治見市長	世帯主 住所 氏名 個人番号 TEL ー
---------------------------------------	-------------------------------

差額支給決定額	円
---------	---