

**療養費支給申請書(食事(生活)療養標準負担額差額申請書)**

療養を受けた者	(フリガナ)			保険者番号	400192			
	氏名			記号番号	力			
				個人番号				
	生年月日	年 月 日	性別	男・女	世帯主との続柄			
	保険種別	一般・退職(本人・家族) 給付割合(7・8・9)	区分	1. 本入 3. 六入 5. 家入 7. 高入一 9. 高入7	第三者行為 (交通事故・傷害等)		有・無	

既に減額認定証の交付を受けている方のみ、適用年月日等を記入してください。

適用日	年 月 日	交付日	年 月 日	長期該当	年 月 日
-----	-------	-----	-------	------	-------

診療を受けた医療機関の所在地			
診療を受けた医療機関の名称		医療機関コード	
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	公金受取口座	<input type="checkbox"/> 利用する (⇒口座名義人を指定してください。)				<input type="checkbox"/> 利用しない (⇒振込先を指定してください。)							
	口座名義人(カタカナ)※												
	※口座名義人はカタカナで上段より左詰めで記入してください。濁点、半濁点は1文字とし、姓と名の間は1文字あけてください。												
		個人番号											
	※公金受取口座を利用しない場合は記入してください。												
	金融機関名	銀行 協同組合				本店(所) 支店(所)		預金種別	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 当座			
	口座番号	金融機関コード				支店コード							

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ます。(受取を上記名義人に委任します。)

宛先 春日市長 年 月 日

〒 \_\_\_\_\_

申請者(世帯主) 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 連絡先 \_\_\_\_\_

個人番号 \_\_\_\_\_

※申請者が相続人代表者でない場合は以下も御記入ください。

代理人(届出来庁者) 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 連絡先 \_\_\_\_\_

申請者との関係 \_\_\_\_\_

※以下処理欄 受付者【 \_\_\_\_\_ 】 本人確認【 免・パ・住・マ・他( \_\_\_\_\_ ) 】

種類	1. 標準負担額 2. 長期該当	認定証	低Ⅰ・低Ⅱ・一定以上・( _____ )
入院日数及び食事回数	年 月 日から	年 月 日まで	日間 回
入院に際して受けた食事療養に対し支払った額(標準負担額)			円

食事を受けた保険医療機関及び入院期間 ※長期該当認定算定用

	医療機関名	入院期間(日数)
①		年 月 日から 年 月 日まで( 日間)
②		年 月 日から 年 月 日まで( 日間)

差額支給	イ ( 円 - 円 ) × ( ) 食 = ( ) 円	合計支給額
	ロ ( 円 - 円 ) × ( ) 食 = ( ) 円	
	ハ ( 円 - 円 ) × ( ) 食 = ( ) 円	
	ニ ( 円 - 円 ) × ( ) 食 = ( ) 円	
	ホ 却下(理由: _____)	円