

国民健康保険標準負担額差額支給申請書

療養を受けた方	被保険者証の記号・番号			
	個人番号			
	居住地		八頭郡智頭町大字	
	氏名	性別	生年月日	
			S・H	
既に減額認定証の交付を受けている方	交付年月日	平成 年 月 日		
	適用年月日	平成 年 月 日		
	長期該当年月日	平成 年 月 日		
入院をした保健医療機関等	名称			
	所在地			
入院日数	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで 日間			
標準負担額 <small>(入院に際して受けた食事療養に対し支払った金額)</small>		円		
入院時一部負担金限度額適用・標準負担額認定証の交付申請又は提出ができなかった理由 イ 長期入院該当申請日以降、長期入院該当年月日前の入院であったため ロ その他 [
上記のとおり別紙関係書類を添えて申請します。 (あて先) 智頭町長 平成 年 月 日 申請者(世帯主) 住所 八頭郡智頭町大字 氏名 Ⓜ				

市区町村処理欄	差額支給	イ (260-210) 円 × () 回 = 円	負担区分： 合計 円 支給予定年月日 年 月 日
		ロ (210-160) 円 × () 回 = 円	
		ハ (260-160) 円 × () 回 = 円	
		ニ (260-100) 円 × () 回 = 円	
		ホ 却下(理由:)	
振込口座	銀行 金庫 農協	本店 支店	口座番号 フリガナ 普通当座 名義

