

# 療養費支給申請書（食事（生活）療養標準負担額差額支給申請書）

受付日:令和 年 月 日 / 決定日:令和 年 月 日

療養を受けた者	(フリガナ)			保険者番号				
	氏名			記号・番号				
				個人番号				
	生年月日	昭・平・令	年 月 日	性別	1. 男・2. 女	世帯主との続柄		
保険種別	国保・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)			1. 有・2. 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	令和 年 月 日	交付	令和 年 月 日	長期該当	令和 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		
交付申請又は提出が できなかった理由			

振込先 (世帯主の口座)	銀行 信用金庫 信用組合 農協・漁協	本店(所) 支店(所)	預金種別	1. 普通 2. 当座 3. その他 ( )
口座番号	金融機関コード		支店コード	
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づ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字あけてください。

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。

(宛先) 岡垣町長 殿 令和 年 月 日

〒 -

申請者 住所 福岡県遠賀郡岡垣町 \_\_\_\_\_

(世帯主) 氏名 \_\_\_\_\_ 連絡先 \_\_\_\_\_

個人番号

※処理欄

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

	医療機関名	入院期間	合計
①		令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで	日
②		令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで	日
③		令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで	日

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