

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）兼 請求書

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	4	0	0	2	6	7
	氏名			記号・番号						
				個人番号						
	生年月日	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		
資格取得年月日	年	月	日	公費	有・無 (子障親)		収納状況		完納 未納	

既に減額認定書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	年	月	日	交付	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		
交付申請又は提出ができなかった理由			

振込先	銀行 信用金庫 信用組合 農協	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) ※			世帯主との続柄	

※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。
 なお、支給決定後は上記の口座に振り込まれますよう依頼いたします。

(宛先) 朝倉市長 殿 令和 年 月 日
 〒 -

申請者 住所 _____
 (世帯主) 氏名 _____ 電話番号 _____

個人番号 _____

請求の受領については、税（国保税優先）に充当することに同意します。 世帯主名 _____

※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		年 月 日 から 年 月 日 まで	日
②		年 月 日 から 年 月 日 まで	日
③		年 月 日 から 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