

# 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:平・令 年 月 日 / 決定日:平・令 年 月 日

療養を受けた者	(フリガナ) 氏名			保険者番号				
				記号・番号				
				個人番号				
	生年月日	昭・平 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	平・令 年 月 日	交付	平・令 年 月 日	長期該当	平・令 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 協同組合	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) 桂川町長 殿 年 月 日

〒 -

申請者（世帯主）住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印 連絡先 \_\_\_\_\_

個人番号

支給金額 円	令和 年 月 日
領収しました。	氏名 _____ 印
	世帯主住所 _____

※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	平・令 年 月 日から平・令 年 月 日	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		平・令 年 月 日 から まで 平・令 年 月 日	日
②		平・令 年 月 日 から まで 平・令 年 月 日	日
③		平・令 年 月 日 から まで 平・令 年 月 日	日

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