

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：平成 年 月 日 / 決定日：平成 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	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	平成	年	月	日	交付	平成	年	月	日	長期該当	平成	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 共同組合	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) 長 殿 年 月 日

〒 -

申請者 住所 _____
(世帯主)

氏名 _____ 印 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	平成 年 月 日から平成 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	平成 年 月 日から平成 年 月 日まで	日
②	平成 年 月 日から平成 年 月 日まで	日
③	平成 年 月 日から平成 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