国民健康保険標準負担額差額支給申請書

（令和　　年　　月診療分）　　【第三者行為の有無 / 有・無 】

被保険者記号・番号	函	療養を受けた被保険者	氏名		一般
			生年月日	昭・平・令　　年　　月　　日	
			個人番号		

減額認定証の交付を受けている場合	発行期日（当月１日）	令和　　年　　月　　日
	長期該当日（翌月１日）	令和　　年　　月　　日

食事療養を受けた保険医療機関等	名称	病院 医院
	所在地	

入院期間	令和　　年　　月　　日から 日間 令和　　年　　月　　日まで	食事療養に対し病院等に支払った金額（標準負担額）	（　　回） 円
申請の理由	イ　長期入院該当申請日以降の入院が長期入院該当年月日前であったため ロ　その他（　　）		

支給方法	銀行 金庫 組合	店番号	種類	普通・当座	口座名義人
	本店 支店	口座番号			ﾌﾘｶﾞﾅ
					氏名

窓口受取を希望する場合	1　市役所会計部	2　湯川支所	3　銭亀沢支所	4　亀田支所
	5　戸井支所	6　恵山支所	7　椴法華支所	8　南茅部支所

上記のとおり申請します。　　令和　　年　　月　　日

(宛先) 函　館　市　長

世帯主　住　所　函館市　　町　　丁目　　番(地)　　号

氏　名

個人番号

電　話　（　　）　　－

※以下処理欄

限度額区分（受付記載欄）	
70歳未満	オ
70歳以上	低Ⅱ　・　低Ⅰ
離職者	□ 有　□ 無
長期該当	□ 有　□ 無
長期該当日（91日目）	令和　　年　　月　　日

支給予定額（国保年金課処理欄）		
一般病床	① 210円（オ・Ⅱ）×（　　）回　＝　（　　）円	
	② 160円（長期該当）×（　　）回　＝　（　　）円	
	③ 100円（低　　Ⅰ）×（　　）回　＝　（　　）円	
療養病床	④ 210円（オ・Ⅱ）×（　　）回　＝　（　　）円	
	⑤ 160円（長期該当）×（　　）回　＝　（　　）円	
	⑥ 130円（低　　Ⅰ）×（　　）回　＝　（　　）円	
支給予定額	支払った額（　　）円－①～⑥計（　　）円 ＝支給予定額（　　）円	

受付	本庁	湯川	銭亀沢	亀田	戸井	恵山	椴法華	南茅部

入力	検証