

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				食事療養に対し病院 等に支払った金額 (標準負担額)	(回)				円									
	令和 年 月 日まで																		
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 □ 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							
								口座番号				リカナ							
								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 榎法華支所		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)		支 給 予 定 額 (国保年金課処理欄)	
70歳未満	才	一 般 病 床 療 養 病 床	① 240円 (才・Ⅱ) × () 回 = () 円
70歳以上	低Ⅱ ・ 低Ⅰ		② 190円 (長期該当) × () 回 = () 円
離職者	☐ 有 ☐ 無		③ 110円 (低Ⅰ) × () 回 = () 円
長期該当	☐ 有 ☐ 無		④ 240円 (才・Ⅱ) × () 回 = () 円
長期該当日 (91日目)	令和 年 月 日		⑤ 190円 (長期該当) × () 回 = () 円
			⑥ 140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	榎法華	南茅部	入 力	検 証