

※月別に申請書が必要となります。

# 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<br>記 号 ・ 番 号             | 函<br><div>01</div><br><div>999999</div> | 療養を受けた<br>被 保 険 者 | 氏 名                                                                                     |        | 国保 一郎        |         |                       |         |       |  |       |  |          |  |  |  | 一般       |
|                                  |                                         |                   | 生年月日                                                                                    |        | 昭・平・令 年 月 日  |         |                       |         |       |  |       |  |          |  |  |  |          |
|                                  |                                         |                   | 個人番号                                                                                    |        | 123456789012 |         |                       |         |       |  |       |  |          |  |  |  |          |
|                                  |                                         |                   |                                                                                         |        |              |         |                       |         |       |  |       |  |          |  |  |  |          |
| 減額認定証の交付を<br>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<br>保 険 医 療 機 関 等 |                                         |                   | 名 称                                                                                     |        | 国保 総合        |         |                       |         |       |  |       |  |          |  |  |  | 病院<br>医院 |
|                                  |                                         |                   | 所在地                                                                                     |        | 函館市町丁目番号     |         |                       |         |       |  |       |  |          |  |  |  |          |
| 入 院 期 間                          |                                         |                   | 令和 年 月 日から                                                                              |        |              |         | 食事療養に対し病院<br>等に支払った金額 |         |       |  | ( 回)  |  |          |  |  |  |          |
|                                  |                                         |                   | 令和 年 月 日まで                                                                              |        |              |         | ( 標準負担額 )             |         |       |  | 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<br><div>□</div> その他 ( 緊急の入院で減額認定証の交付を前もって受けられなかったため ) |        |              |         |                       |         |       |  |       |  |          |  |  |  |          |
| 支 給 方 法                          | 健 康<br><div>銀行<br/>金庫<br/>組合</div>      |                   | 店番号                                                                                     |        | 001          |         | 種類                    |         | 普通・当座 |  | 口座名義人 |  | コクホ イチロウ |  |  |  |          |
|                                  |                                         |                   | 本店<br>支店                                                                                |        | 口座番号         |         | 7654321               |         | 氏名    |  | 国保 一郎 |  |          |  |  |  |          |
|                                  |                                         |                   |                                                                                         |        |              |         |                       |         |       |  |       |  |          |  |  |  |          |
|                                  |                                         |                   |                                                                                         |        |              |         |                       |         |       |  |       |  |          |  |  |  |          |
| 窓 口 受 取 を<br>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 東雲 町 丁目 4 番(地) 13 号  |                                         |                   |                                                                                         |        |              |         |                       |         |       |  |       |  |          |  |  |  |          |
| 氏 名 国保 一郎                        |                                         |                   |                                                                                         |        |              |         |                       |         |       |  |       |  |          |  |  |  |          |
| 個人番号 1234 5678 9012              |                                         |                   |                                                                                         |        |              |         |                       |         |       |  |       |  |          |  |  |  |          |
| 電 話 ( 0138 ) 21 - 3145           |                                         |                   |                                                                                         |        |              |         |                       |         |       |  |       |  |          |  |  |  |          |

※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            |                                                       | 一<br>般<br>病<br>床<br><br>療<br>養<br>病<br>床 | ①                                                                                   | 230円（才・Ⅱ）×（        ）回       | = | （                      ）円 |  |
| 70歳以上            |                                                       |                                          | ②                                                                                   | 180円（長期該当）×（        ）回      | = | （                      ）円 |  |
| 離職者              | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |                                          | ③                                                                                   | 110円（低       I）×（        ）回 | = | （                      ）円 |  |
| 長期該当             | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |                                          | ④                                                                                   | 230円（才・Ⅱ）×（        ）回       | = | （                      ）円 |  |
| 長期該当日<br>（91日目）  | 令和    年    月    日                                     |                                          | ⑤                                                                                   | 180円（長期該当）×（        ）回      | = | （                      ）円 |  |
|                  |                                                       |                                          | ⑥                                                                                   | 140円（低       I）×（        ）回 | = | （                      ）円 |  |
|                  |                                                       | 支 給<br>予定額                               | 支払った額（                  ）円－①～⑥計（                  ）円<br>=支給予定額（                  ）円 |                             |   |                           |  |

|        |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
|--------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| 受<br>付 | 本 庁 | 湯 川 | 銭亀沢 | 亀 田 | 戸 井 | 恵 山 | 榎法華 | 南茅部 | 入 力 | 検 証 |
|        |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |