

# 国民健康保険食事・生活療養標準負担額減額差額支給申請書兼請求書

被保険者証記号・番号	高国 ・ — —
療養を受けた被保険者の 氏名・生年月日・個人番号	昭和・平成・令和 年 月 日 
診療を受けた医療機関等の所在地	
診療を受けた医療機関等	
入院日数	令和 年 月 日 から 日間 回 令和 年 月 日
減額認定証発効期日	
減額認定証長期入院該当年月日	
入院期間中に受けた食事療養に対して支払った額(標準負担額)	円
減額認定証交付申請又は医療機関等に提出できなかった理由 イ.長期入院該当申請日以降長期入院該当年月日前の入院であったため ロ.その他 [ ]	
第三者行為又は業務上の事故	該当 ( 第三者 ・ 業務上 ) ・ 非該当

差 額 支 給	イ ( — ) 円 × ( ) 回 = ( ) 円	合 計
	ロ ( — ) 円 × ( ) 回 = ( ) 円	
	ハ ( — ) 円 × ( ) 回 = ( ) 円	
	ニ ( — ) 円 × ( ) 回 = ( ) 円	
	ホ 却下 ( 理由 )	
		円

振 込 先 指 定 口 座	受取口座	<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する。 (利用する場合は <input checked="" type="checkbox"/> 。利用しない場合は下記の欄を記入してください。)					
	金融機関 名称	銀行・信用金庫 農協・信用組合	銀行 コード				1. 普通預金 2. 当座預金 9. その他
		本店・支店 出張所	支店 コード				
口座番号		口座名義 (カタカナ)					

令和 年 月 日

上記のとおりに関係書類を添えて申請します。  
なお、支給方法については、上記の金融機関の口座に振込にて支払われるよう請求します。

(宛先)高槻市長

申請者 住所 \_\_\_\_\_  
(世帯主) 氏名 \_\_\_\_\_ 電話番号 \_\_\_\_\_  
個人番号 \_\_\_\_\_

委 任 状 欄	令和 年 月 日	(口座名義人)					
	上記療養に要した費用の受領に関する一切の権限を _____ に委任します。						
	委任者 住所 _____ (申請者) 氏名 _____ (委任者が手書きしない場合は、記名押印してください)						