

国民健康保険食事療養費標準負担額減額差額支給申請書

被保険者記号・番号					
減額対象者	氏 名			個人番号	
	世帯主との続柄			生年月日	
既に減額認定証の交付を受けて いる方のみ記入してください。		交 付 年 月 日		令和	年 月 日
		適 用 年 月 日		令和	年 月 日
		長期該当 年 月 日		令和	年 月 日

入院をした保険医療機関等	名 称										
	所在地										
入 院 日 数	令和 令和	年 年	月 月	日 日	から まで	日間					
入院期間に受けた食事療養に対し支払った額(標準負担額)						円					
標準負担額減額認定証の交付申請又は保険医療機関等に提出ができなかった理由											
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 ()											
受 取 口 座	☐ 公金受取口座を利用する(利用する場合は口座情報の記入不要)。 ☐ 振込口座を指定する。										
振 込 先	金融機関		(フリガナ)								
			口座名義人								
	口座種別	普通・当座・その他()		口座番号							

上記のとおり関係書類を添えて国民健康保険食事療養費標準負担額減額差額の支給を申請します。

令和 年 月 日

住 所 _____

世帶主名

(申請者) 個人番号

電話番号

四万十市長
中平 正宏 殿

処理欄	差額支給	イ(-)円×()食=()円	受付番号(第 号)
		ロ(-)円×()食=()円	交付番号(第 号)
		ハ(-)円×()食=()円	合計 () 円
		ニ(-)円×()食=()円	支給等年月日
		ホ 却下 (理由)	令和 年 月 日