

食事療養標準負担額  
国民健康保険 生活療養標準負担額 減額差額支給申請書

被保険者記号・番号		井み ー			
減額対象者	氏名			生年月日	年 月 日
	世帯主との続柄			個人番号	
長期入院	該当 ・ 非該当				
減額認定証の交付を受けている者		発行年月日	年 月 日		
		長期該当年月日	年 月 日		

①	食事療養又は生活療養を受けた保険医療機関等	名称			
		所在地			
	入院期間(日数)	年 月 日から 日間 年 月 日まで			
②	食事療養又は生活療養を受けた保険医療機関等	名称			
		所在地			
	入院期間(日数)	年 月 日から 日間 年 月 日まで			
入院期間に受けた食事療養又は生活療養に対し支払った額(標準負担額)				円	
限度額適用認定証又は限度額適用・標準負担額減額認定証の交付申請又は提出ができなかった理由					

※ 入院期間の欄は、差額支給の対象である期間を記入すること。  
 ※ この申請書には、入院期間を確認できる書類、現に支払った標準負担額を証明する書類、その他の標準負担額の減額認定に関する事実を証明する書類を添付すること。

上記のとおり関係書類を添えて、申請します。

年 月 日 申請者(世帯主) 住所 南越前町 第 号 番地

氏名 印

(個人番号)

南越前町長 様

電話

支 払 場 所	支払指定金融機関	銀行 金庫 農協		
	預金種別	普通・当座	口座番号	
	口座名義		フリガナ	

※ 以下の欄には記入しないでください。

保険者処理欄	差額支給	ア 支給 ( 円 - 円 ) × ( ) 食 = ( ) 円
		( 円 - 円 ) × ( ) 日 = ( ) 円
	イ 却下理由:	