

国民健康保険食事療養標準負担額減額差額支給申請書

被保険者証記号番号		井み ー			
世帯主	住所	南越前町 第 号 番地			
	氏名	(印)	生年月日	年 月 日	男・女
減額対象者	氏名		生年月日	年 月 日	男・女
	世帯主との続柄		個人番号		
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			
③	食事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			
④	食事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			
⑤	食事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に対し支払った額(標準負担額)					円
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に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、国民健康保険標準負担額減額差額の支給を申請します。

年 月 日

※ 以下の欄には記入しないでください。

差額 支給	(ー) × () 日 = () 円	支払場所の指定	支払指定金融機関	銀行 金庫 本店・支店 農協
	(ー) × () 日 = () 円		預金種別	普通・当座
	(ー) × () 日 = () 円		口座番号	
	合計 円		口座名義 (世帯主)	フリガナ