

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

被保険者証記号番号						
減額対象者	氏名			個人番号		
	世帯主との続柄	本人		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	年	月	日	から	日間
	令和	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	
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、医療機関に支払ってから申請したため。 ロ、市県民税が決定前であったため。						
ハ、その他（ ）						
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 _____

世帯主名 (申請者) _____ 印 個人番号 _____

電話番号 _____

受取代理人欄	本請求に基づく給付金の受領を代理人に委任します。			令和 年 月 日
	世帯主 (申請者) 氏名 _____ 印			提出
	代理人氏名	フリガナ _____		受付日付印
代理人住所	1. 世帯主に同じ		郵便番号	—
	2. _____			
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	