

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		電話番号	
世帯主	住所		
	個人番号		
	氏名	印	生年月日
減額対象者	個人番号		
	氏名	生年月日	
	世帯主との続柄	資格	
減額認定証の交付を受けている者		発行年月日	平成 年 月 日
		長期該当年月日	平成 年 月 日
		区分	区分Ⅰ ・ 区分Ⅱ

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）	平成 年 月 日から	日間	
	平成 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			

振込指定 金融機関	金融機関	銀行・農協 本店	
		信用金庫 支店	
	預金種別	普通・当座	口座番号
	フリガナ		
	口座名義人		

受領委任	上記食事療養標準負担額の受領の権限を _____ に委任します。 平成 年 月 日 世帯主氏名 _____ 印		
------	---	--	--

※差額算定	標準負担額支払金額	減額後の標準負担額	差額支給額
	円	円	円