

(様式第10号) (第21条関係)

国民健康保険食事療養・生活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		いいやま		連絡先 (自宅 ☎) _____ (携帯) _____			
世帯主	住所						
	氏名	印	生年月日	年	月	日	男・女
	個人番号	:	:	:	:	:	:
減額対象者	氏名		生年月日	年	月	日	男・女
	個人番号	:	:	:	:	:	世帯主との続柄
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	

食事療養・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	年	月	日まで	日間
食事療養・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	年	月	日まで	日間
入院期間に受けた食事療養・生活療養に対して支払った額 (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								

				平成	年	月	日
振込先 金融機関	北信州みゆき農協	支所	フリガナ				
	八十二銀行	支店	口座名義人				
	長野信用金庫		口座番号		普通 当座		
長野県信用組合							
なお、支給される費用の額を受領については、口座名義人に委任します。							
			世帯主	氏名			印

処理欄

差額 支給額	1	月	日から	月	日まで、	50	(260 - 210)	円 × ()	食 = ()	円
	2	月	日から	月	日まで、	50	(210 - 160)	円 × ()	食 = ()	円
	3	月	日から	月	日まで、	100	(260 - 160)	円 × ()	食 = ()	円
	4	月	日から	月	日まで、	160	(260 - 100)	円 × ()	食 = ()	円
	5	月	日から	月	日まで、	()	()	円 × ()	食 = ()	円
却下 理由			減額差額支給額合計						円	
			受理番号	第	号	台帳番号	第	号		
			交付番号	第	号	支給日	平成	年	月	日
			資格	一般			退職本人		退職扶養	