

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	印	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	農協 銀行 信用金庫 信用組合	支所	フリガナ
		支店	口座名義人
			口座番号
			普通当座
なお、支給される費用の額の受領については、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、	(-) 円 × () 食 = () 円
	2	月 日から 月 日まで、	(-) 円 × () 食 = () 円
	3	月 日から 月 日まで、	(-) 円 × () 食 = () 円
	4	月 日から 月 日まで、	(-) 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	