

(様式第10号)(第21条関係)

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		いいやま			
世帯主	住 所				
	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				
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	

食事療養を受けた保険医療機関	名 称				
	住所地				
入院期間（日数）	平成 年 月 日から				
	平成 年 月 日まで	日間			
食事療養を受けた保険医療機関	名 称				
	住所地				
入院期間（日数）	平成 年 月 日から				
	平成 年 月 日まで	日間			
入院期間に受けた食事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出来なかった理由					

				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		口座名義人		
	長野信用金庫	支店	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、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・退職家族				