

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
	個人番号				
減額対象者	氏名	印	生年月日	年	月 日
	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	年	月	日
		長期該当年月日	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	日間	日まで
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	日間	日まで
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					

					年	月	日
振込先金融機関	<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する (利用する場合は口座情報の記入不要) 公金受取口座を利用していない方は、マイナポータルから簡単に登録いただけます。通帳等の写しの提出が不要になります。						
	<input type="checkbox"/> 振込口座を指定する						
	ながの農協 八十二銀行 長野信用金庫 長野県信用組合 ゆうちょ銀行	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、	250 (460 - 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、	300 (460 - 160) 円 × () 食 = () 円
	4	月	日から	月	日まで、	360 (460 - 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			号
	交付番号 第 号		支給日			年 月 日
	資格	一般 退職本人 退職扶養				