（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

被保険者の記号番号	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		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 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		

年　月　日

振込先金融機関	□ 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。			
	□ 振込口座を指定する			
	ながの農協 八十二銀行　支所 長野信用金庫 長野県信用組合　支店 ゆうちょ銀行	フリガナ		
		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

※マイナ保険証を利用すれば、事前の手続なく、高額療養費制度における限度額を超える支払が免除されます。限度額適用認定証の事前申請は不要となりますので、マイナ保険証をぜひご利用ください。

＊処理欄＊

差額支給額	1　月　日から　月　日まで、	260（490－230）円×（　）食＝（　）円		
	2　月　日から　月　日まで、	50（230－180）円×（　）食＝（　）円		
	3　月　日から　月　日まで、	310（490－180）円×（　）食＝（　）円		
	4　月　日から　月　日まで、	380（490－110）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　年　月　日	
		資格	一般　退職本人　退職扶養	