

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	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		

		平成		年	月	日
振込先 金融機関	ながの農協 八十二銀行	支所	フリガナ			
			口座名義人			
	支店	長野信用金庫				
		長野県信用組合	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						

* 处理欄 *

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
							交付番号 第 号	支 給 日			年 月 日
							資 格	一般 退職本人 退職扶養			