

# 国民健康保険食事療養標準負担額減額差額支給申請書

(宛先)内灘町長

被保険者証記号番号				年	月	日
窓口に 来られた方	住所	(□世帯主と同住所)				
	氏名			電話番号		
世帯主からみた関係		□本人 □世帯員(続柄: ) □その他( )※委任状が必要です。				
世帯主	住所	内灘町				
	個人番号			電話番号		
	氏名					
対象者	個人番号			生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日	
	氏名					
	世帯主との続柄			区分	一般・退職	

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に対し支払った額(標準負担額)					円		
限度額認定証の交付申請または提示ができなかった理由							
□長期入院該当申請日以降、長期入院該当年月日前の入院であったため							
□その他( )							

支給決定額	円	診療年月	
-------	---	------	--

振込先金融機関			
銀行 信用金庫 ( )	本店 支店 ( )	預金 種別	普・当
口座番号		フリガナ	
		口座 名義人	

