

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<br>平成<br>令和<br><br>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<br>信用金庫<br>( ) | 本 店<br>支 店<br>( ) | 預金<br>種別  | 普 ・ 当 |
| 口座番号               |                   | フリガナ      |       |
|                    |                   | 口座<br>名義人 |       |