

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	

記入例

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

世帯主と別の方が
手続きする場合は、
押印が必要です。

被保険者証記号番号		〇〇〇〇-〇〇〇〇〇		月	日
窓口に来られた方	住所	(<input checked="" type="checkbox"/> 世帯主と同住所)			
	氏名	内灘 花子		電話番号	〇〇〇-〇〇〇〇
世帯主からみた関係		<input type="checkbox"/> 本人 <input checked="" type="checkbox"/> 世帯員(続柄: 妻) <input type="checkbox"/> その他()※委任状が必要です。			
世帯主	住所	内灘町 大学〇丁目〇番地			
	個人番号			電話番号	〇〇〇-〇〇〇〇
	氏名	内灘 太郎		印	
対象者	個人番号			生年月日	昭和 〇〇年〇月〇日
	氏名	同上		区分	一般 ・退職
	世帯主との続柄	本人			

減額認定証の交付を受けている者	発行年月日	令和 3年 2月 1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	A病院		
	所在地	金沢市〇町〇丁目〇番地		
入院期間(日数)	令和 3年 1月 1日 から 令和 3年 1月 31日 まで 31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)	〇〇, 〇〇〇円			
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 <input type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> その他(限度額認定証発行前であったため)				

支給決定額	円	診療年月	
-------	---	------	--

振込先金融機関										
〇〇		銀行 信用金庫 ()		〇〇		本店 支店 ()		預金種別	普・当	
口座番号							フリガナ	ウチナダ タロウ		
1	2	3	4	5	6	7	口座名義人	内灘 太郎		