

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		<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 世帯員(続柄:) <input type="checkbox"/> 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				
<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 type="checkbox"/> 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

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。

月 日

被保険者証記号番号	〇〇〇〇-〇〇〇〇〇			
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		
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() <small>※委任状が必要です。</small>			
世帯主	住 所	内灘町 大学〇丁目〇番地		
	個人番号			
	氏 名	内灘 太郎	印	電話番号 〇〇〇-〇〇〇〇
対象者	個人番号			
	氏 名	同上		
	世帯主との続柄	本人	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	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