

国民健康保険食事療養標準負担額減額差額支給申請書

※太枠の中を記入ください。

(長期・非長期)

下記のとおり別紙証拠書類を添えて申請します。							
平成 年 月 日							
個人番号		<table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> </tr> </table>					
世帯主 住所		平戸市					
氏名		印 (Tel -)					
平戸市長 様							
被保険者証記号番号	12 -	資格区分	一般・退本・退扶 未就学児・70歳以上				
減額対象者	氏名	個人番号	男・女				
	生年月日	昭・平 年 月 日 日 世帯主との続柄					
減額認定証の交付を受けている者	発効年月日	平成 年 月 日/届					
	長期該当年月日	平成 年 月 日/届	91日目 月 日				
食事療養を受けた 保険医療機関等	名称 ①	②					
	所在地						
入院期間	食事日数	①平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日					
		②平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日					
入院期間に受けた食事療養費対し支払った額(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							
支給決定欄	算 出 の 基 礎		支 給 決 定 額				
	$(260-210) \times () \text{食} = () \text{円}$		円				
	$(210-160) \times () \text{食} = () \text{円}$						
	$(260-160) \times () \text{食} = () \text{円}$						
	$(260-100) \times () \text{食} = () \text{円}$						
希望支払方法 窓口払 ・ 口座振込							
金融機関名 銀行 支店 普通							
農協 支所 当座 口座番号							
漁協							
口座名義人							

(個人情報取扱いについて)
 ※この申請書により収集した個人情報は、当該事務のみに利用するものとし、それ以外の目的に利用しません。