

国民健康保険食事療養費標準負担額減額差額支給申請書

被保険者記号・番号						
減額対象者	氏 名			個人番号		
	世帯主との続柄			生年月日		男
既に減額認定証の交付を受けている方のみ記入してください。		交 付 年 月 日	令和 年 月 日			
		適 用 年 月 日	令和 年 月 日			
		長期該当年月日	令和 年 月 日			

入院をした保険医療機関等	名 称						
	所 在 地						
入 院 日 数	令和 年 月 日 から 日間						
	令和 年 月 日 まで						
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			
標準負担額減額認定証の交付申請又は保険医療機関等に提出ができなかった理由							
イ．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 ロ．その他							
受 取 口 座	☐ 振込口座を指定する。						
振 込 先	金融機関			(フリガナ)			
				口座名義人			
	口座種別	普通・当座・その他（ ）		口座番号			

上記のとおり関係書類を添えて国民健康保険食事療養費標準負担額減額差額の支給を申請します。

令和 年 月 日

住 所 _____

世帯主名 (申請者) _____ 個人番号 _____

電話番号 _____

処 理 欄	差	イ (-) 円 × () 食 = () 円	受 付 番 号 (第 号) 交 付 番 号 (第 号) 合 計 () 円 支給等年月日 令和 年 月 日
	額	ロ (-) 円 × () 食 = () 円	
	支	ハ (-) 円 × () 食 = () 円	
	給	二 (-) 円 × () 食 = () 円	
	給	ホ 却下 (理由)	