

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。 令和 年 月 日 個人番号 <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/> 世帯主 住所 平戸市 氏名 <input style="width: 150px;" type="text"/> 印 (Tel <input style="width: 50px;" type="text"/>) 平戸市長 様									
被保険者証記号番号	12 -	資格区分	一般・退本・退家 未就学児・70歳以上	第三者	1. 該当				
減額対象者	氏名	個人番号			男・女				
	生年月日	昭・平・令 年 月 日	世帯主との続柄						
減額認定証の交付を受けている者	発効期日	令和 年 月 日	交付日	令和 年 月 日					
	長期該当年月日	令和 年 月 日	91日目	令和 年 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令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日							
		②令和 年 月 日 ~ 令和 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				
	(550-270) × ()食 = ()円 R8.6~								
	(270-220) × ()食 = ()円 R8.6~								
	() × ()食 = ()円								
	() × ()食 = ()円								
					円				
希望支払方法		窓口払 ・ 口座振込							
金融機関名	銀行	本店	普通						
	信用金庫	支店	当座	口座番号					
	信用組合	支所							
	協同組合				口座名義人				

(個人情報の取扱いについて)
 ※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。