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

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	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	

	算 出 の 基 礎	支 給 決 定 額
支給決定欄	(490−230)×(　　)食＝(　　)円	円
	(490−110)×(　　)食＝(　　)円	
	(230−180)×(　　)食＝(　　)円	
	(490−180)×(　　)食＝(　　)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。