

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	0 0 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9		
世帯主 住所	平戸市 岩の上町1508番地3		
氏名	平戸 太郎	印	(Tel 0950-22-4111)
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	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	発効年月日	令和 年 月 日/届	
	長期該当年月日	令和 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 年 月 日 ~ 年 月 日	
		② 年 月 日 ~ 年 月 日	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) × ()食 = ()円		
	(210-160) × ()食 = ()円		
	(260-160) × ()食 = ()円		
	(260-100) × ()食 = ()円		
			円
希望支払方法	窓口払 <input checked="" type="radio"/> 口座振込		
金融機関名	<input type="radio"/> 〇〇 銀行 <input type="radio"/> 〇〇 支店 <input checked="" type="radio"/> 普通		
	農協	支所	当座
	漁協		
		口座番号	1234567
		口座名義人	平戸 太郎

(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。