

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

(TEL -)

平戸市長 様

被保険者記号番号	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		
長期該当認定日	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	
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		
申請の理由					
支給決定欄	算 出 の 基 礎			支 給 決 定 額	
	(490-230) × ()食 = ()円				
	(230-180) × ()食 = ()円				
	(490-180) × ()食 = ()円				
	(490-110) × ()食 = ()円				
	() × ()食 = ()円				
	() × ()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	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。