

国民健康保険食事療養費標準負担額差額支給申請書

被保険者証の記号番号		南 幌		一般・退職					
減額対象者	氏名			男・女	生年月日	昭和・平成	年	月	日
	世帯主との続柄			個人番号					
すで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		平成	年	月	日
				発行年月日		平成	年	月	日
				長期該当年月日		平成	年	月	日
入院をした保険医療機関等				名称					
				所在地					
入院期間（日数）				平成	年	月	日から		
				平成	年	月	日まで	日間	
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提出ができなかった理由									
1 減額認定申請前の入院であったため 2 長期入院該当の減額認定申請前であったため 3 医療機関に減額認定証を提出し忘れたため 4 その他									
振込 口座	銀行			本店	口座番号 普通・当座				
	信用金庫			支店					
	農協			本所	口座名義				
上記のとおり関係書類を添えて国民健康保険標準負担額差額の支給を申請します。									
平成 年 月 日									
申請者 住所 南幌町 _____									
氏名 _____ 印									
電話番号 _____									
南 幌 町 長 様									
市町村 処理欄	差額 支給	イ	(260-210)円×()食= ()円	支給額合計 ()円					
		ロ	(210-160)円×()食= ()円						
		ハ	(260-160)円×()食= ()円						
		ニ	(260-100)円×()食= ()円						
		ホ	却下(理由:)						