

国民健康保険食事療養標準負担額減額差額支給申請書(限度額適用者)

| | | | | | | |
|-----------------|---------|---|---------|-------|---|--------------|
| 被保険者証記号番号 | | | | | | (一般・退職本・退職扶) |
| 世帯主 | 住所 | | | 電話番号 | — | |
| | 氏名 | 印 | 生年月日 | | | 男・女 |
| | | | 個人番号 | | | |
| 減額対象者 | 氏名 | | | 生年月日 | | |
| | 世帯主との続柄 | | | 個人番号 | | |
| 減額認定証の交付を受けている者 | | | 発行年月日 | 年 月 日 | | |
| | | | 長期該当年月日 | 年 月 日 | | |

| | | | | | | |
|-----------------------------|---------|--|--|---|--|----|
| 食事療養を受けた保険医療機関等 | 名称 | | | | | |
| | 所在地 | | | | | |
| 入院期間(日数) | 年 月 日から | | | | | 日間 |
| | 年 月 日まで | | | | | |
| 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 | | |
| 減額認定証の交付申請又は提出ができなかった理由 | | | | | | |
| イ 食事療養費減額認定制度を承知していなかったため。 | | | | | | |
| ロ 長期入院に該当したため。 | | | | | | |
| ハ その他 | | | | | | |

年 月 日

| | | | |
|-------------|------|------------------|-----------|
| 市区町村 処理欄 | 差額支給 | (-)円×()食=()円 | 受理番号(第 号) |
| | | (-)円×()食=()円 | 台帳番号(第 号) |
| | | (-)円×()食=()円 | 合計()円 |
| | | (-)円×()食=()円 | 支給等年月日 |
| 却下(理由:) | | 年 月 日 | |

口座情報

| | | |
|---|----------------------|--------|
| 金融機関名 | 口座番号 | 口座名義人 |
| 1 岩手銀行 2 北日本銀行 3 宮古信用金庫 4 新岩手農協 5 岩手県信漁連 6 ゆつちよ銀行 (所) | 預金種別 1 普通 2 当座 | (フリガナ) |
| 支店 | | |