

決 裁	課長	班長	班

受理者

--

国民健康保険食事療養標準負担減額差額支給申請書

令和 年 月 日

下記の減額対象者の食事療養標準負担額減額差額を保険者決定額に基づき支給されるよう、申請します

被保険者証記号番号					
世帯主	住所				
	氏名	(※)	生年月日	年 月 日	男・女
減額対象者	氏名		生年月日	年 月 日	男・女
	世帯主との間柄		個人番号		
減額認定証の交付を受けている者		発行年月日	平成・令和	年 月 日	
		長期該当年月日	平成・令和	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）	平成・令和	年 月 日から	日間		
	平成・令和	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出来なかった理由					

振込先

金融機関名	種別	口座番号	(フリガナ) 名 義 名
	普通 当座		

備考 (※)印の欄については、本人が手書きをしない場合**記名押印**してください。

入院期間の欄は、差額支給の対象である期間を記入すること。

以下については申請者は記載しないで下さい。

※ 算定根基

() 円 × (食) - () 円 × (食) = () 円

※支給決定額 () 円