

国民健康保険食事療養標準負担額減額差額支給申請書

令和 年 月 日

花巻市長 様

世帯主 住所 _____
 個人番号 _____
 氏名 _____ 印 _____
 電話 _____

下記のとおり食事療養に関する別紙関係書類を添えて申請します。

減免対象者	記号番号		氏名		
			個人番号		
	生年月日	年 月 日	続柄		
	区分	一般・退本 / 扶・前期 (I / 2 / 3 / II / I)	性別	男 ・ 女	
減額認定証の交付を受けている者	発効年月日	年 月 日			
	長期該当年月日	年 月 日			
	長期発行年月日	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 (支給対象期間)	年 月 日から	年 月 日まで	日間		
入院期間中に受けた食事療養に対し支払った額 (標準負担額)	食数 (回)	標準負担額	× = 円		
減額認定書の交付申請又は提出できなかった理由					
振込先口座	銀行・信金 労金・農協	預金種別	普通 ・ 当座		窓 口
	本店・支店	番号	口座名義人 (カケで記入)		
委任状 (申請人、口座名義人が世帯主でない場合)					
1. 差額給付費の申請を代理人に委任します。					
2. 差額給付費の受領を代理人に委任します。					
			世帯主	印	
			代理人 住所		
令和 年 月 日			氏名	(続柄)	

※ この欄には記入しないでください

決定	減額認定証	交付済: 年 月 日・未交付	長期認定	済: 年 月 日・未
	支払額	円	I (260-210)円×()回 =	円
	減額負担額	円	II (210-160)円×()回 =	円
	差額支給額	円	III (260-160)円×()回 =	円
却下				

受付印	領収書
	レセプト