

# 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 卷 市 長 様

世帯主 住所 \_\_\_\_\_  
 個人番号 \_\_\_\_\_  
 氏名 \_\_\_\_\_  
 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 番号	普通 ・ 当座		窓 口	
	本店・支店	口座名義人 (加付で記入)				
<b>委 任 状</b> (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 (280-230)円×( )回 =		円
	減額負担額	円	II (230-180)円×( )回 =		円
	差額支給額	円	III (280-180)円×( )回 =		円
			IV (280-110)円×( )回 =		円
却下					

受付印	領収書
	レセプト