

国民健康保険食事療養標準負担額減額差額支給申請書

平成 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	昭和 平成	年	月	日	続柄
	区分	一般・退本/扶・前期(1/2/3/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	平成	年	月	日
		長期該当年月日	平成	年	月	日
		長期発行年月日	平成	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	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 (かかけで記入)				
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 _____				
平成 年 月 日		代理人 住所 _____				
		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										

届出人 住所 _____
氏名 _____
電話番号 _____

続柄()

受付印

領収書

レセプト