国民健康保険食事療養標準負担額減額差額支給申請書

被保険者記号番号		菊陽 . 0										
世帯主	住所	菊陽町										
	氏名				生年月日	大正 昭和 平成	年	月	日	男・女		
減額対象者	氏名				生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	男・女		
	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、減額認定証を提出できなかった理由					

金融機関名	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合 ()	支店名	本店 支店 支所 ()
口座番号	普	口座名義人(カナ)	

上記のとおり関係書類を添えて国民健康保険食事療養標準負担額現額差額の支給を申請します。

令和 年 月 日

世帯主

個人番号										
住所	菊陽町									
氏名	(印)									
電話番号	()									

菊陽町長 様

処理欄	差額支給	イ	(490-230)円 × ()食 = ()円	受付番号	受付
		ロ	(230-180)円 × ()食 = ()円		
		ハ	(280-180)円 × ()食 = ()円		
		ニ	(-)円 × ()食 = ()円		
		ホ	却下 (理由)		
			合計		