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			傷病の理由	1. 第三者行為　2. その他	
世帯主	氏名		個人番号		
減額対象者	氏名		個人番号		
	生年月日	昭・平・令　年　月　日	男・女	世帯主との続柄	
減額認定証の交付を受けている者		交付年月日	年　月　日		
		適用（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		入院日	
		所在地		年　月　日	
入院期間（日数）		年　月　日から 年　月　日まで	日間		
入院期間に受けた食事療養に対して支払った額（標準負担額）			円		
減額認定証の交付申請又は提出できなかった理由					
振込口座	フリガナ		普通・当座	口座番号	
	名義人				
	銀行・信金 農協・信組		支店 支所		

上記のとおり関係書類を添えて標準負担額差額の支給を申請します。

年　月　日

〒

住所

氏名　世帯主

電話番号（　－　）

山元町長　殿

処理欄	差額支給計算	(460−210)円 × (　)回 ＝ (　)円	合計支給額	支給決定月	却下理由
		(210−160)円 × (　)回 ＝ (　)円			
		(460−160)円 × (　)回 ＝ (　)円			
		(460−100)円 × (　)回 ＝ (　)円	円	年　月	

保険者使用欄

決裁欄	課長	参事	班長	班員	収受印