

国民健康保険食事療養標準負担額減額差額支給申請書

年 月 日

(あて先)
秦野市長

住 所 秦野市
世帯主氏名
生 年 月 日 昭・平・令 年 月 日
電 話 ()

次のとおり国民健康保険食事療養標準負担額減額差額の支給申請及び請求をします。

被 保 険 者 記 号 番 号	1 2 -		個人番号		
減 額 対 象 者	氏 名			生年月日	昭・平・令 年 月 日
	世 帯 主 と の 続 柄			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	

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提出ができなかった理由					

※ 口座振替を希望される方は下欄に記入して下さい。

なお、上記の請求に係る金銭の受領を次の者に委任します。

申請者及び請求者の (世帯主) 氏名 _____

支 先 す 番 給 と る 号 金 し 預 等 の て 金 振 指 口 込 定 座	金融機関名	銀行・秦野市農業協同組合 信用金庫・信用組合			本支店 本支所
	預金の種類	1 普通預金	フ リ ガ ナ		
		2 当座預金	通 帳 名 義 人 氏 名		
	口 座 番 号				

上記申請について、次のとおり決定してよろしいでしょうか。

課 長	課長代理	主 査	担 当	受 付	起 案	・	・	
					決 裁	・	・	
		☐ 支給する。 イ (510 - 240) 円 × () 食 = () 円 ロ (240 - 190) 円 × () 食 = () 円 ハ (510 - 190) 円 × () 食 = () 円 ニ (510 - 110) 円 × () 食 = () 円 合 計 = () 円 ☐ 却下する。 理由 ()						