

国民健康保険

食事療養費
生活療養費

標準負担額 減額差額支給申請書

令和 年 月 日

(あて先) 焼津市長

申 請 者 欄	申請者 住所 焼津市			
	(世帯主) 氏名			印
	個人番号			
	電話			
	☐ 代理人 氏名・電話			
	☐ 使 者			
	次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差額の支給を申請します。			
	被保険者記号・番号		減額対象者氏名 (世帯主との続柄)	
			()	
	受診者個人番号 (氏名の記載あれば省略可)		生年月日	
			☐ 昭 和 年 月 日 ☐ 平 成 ☐ 令 和	
	療養を受けた医療機関 名称			
	別紙のとおり			
	療養を受けた医療機関 所在地			
	別紙のとおり			
入院期間 (日数)				
別紙のとおり				
● 標準負担額減額認定証の交付申請または提出ができなかった理由				
イ. 減額の制度を知らなかった。 ロ. 長期該当の手術期間中であった。				
ハ. 入院中などのため申請できなかった。 ニ. その他(理由:)				
振 込 先	銀 行 名		支店名	
	銀行 ・ 農協 ・ 信用金庫 ・ 労働金庫		本店 支店	
		普通	(フリガナ) 口座名義人	
		当座	口座番号	

保 険 者 欄	差 額 内 訳	イ. (510-240)円 × ()食 = ()円	● 支給額 _____ 円 ※ 詳細は別紙のとおり
		ロ. (240-190)円 × ()食 = ()円	
		ハ. (510-190)円 × ()食 = ()円	
		ニ. (-)円 × ()食 = ()円	
		ホ. 却下(理由:)	