

國民健康保険 食事療養費 標準負担額 減額差額支給申請書
生活療養費

令和 年 月 日

(あて先) 焼津市長

申請者欄	申請者 住所 (世帯主) 氏名 個人番号 電話 <input type="checkbox"/> 代理人 氏名・電話 <input type="checkbox"/> 使者 氏名・電話		
	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	
		<input type="checkbox"/> 昭 和 <input type="checkbox"/> 平 成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 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			
<p>● 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</p> <p>イ. 減額の制度を知らなかった。 <input type="checkbox"/> 長期該当の手続期間中であった。</p> <p>ハ. 入院中などのため申請できなかった。 二. その他 (理由:)</p>			
振込先	銀行名	支店名	(フリガナ) 口座名義人
	銀行・農協・信用金庫・労働金庫	本店 支店	普通 当座 口座番号
<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する(ご自身で公金受取口座をマイナポータル上にて登録している方に限ります)			

保険者欄	イ. (510-240)円 × ()食 = ()円 <input type="checkbox"/> (240-190)円 × ()食 = ()円 ハ. (510-190)円 × ()食 = ()円 二. (-)円 × ()食 = ()円 ホ. 却下 (理由:)			<p>●支給額</p> <hr/> <p>※ 詳細は別紙のとおり</p>
------	--	--	--	--------------------------------------