国民健康保険　食事療養費標準負担額差額支給申請書

被保険者	記号		番号		□ 住民税非課税、低所得Ⅱ □ 同90日超　□ 低所得Ⅰ

減額対象者	氏名		生年月日	年　月　日		男・女
	個人番号		一般・退本・退扶	世帯主との続柄		

既に減額認定証の交付を受けている方のみ記入してください。	発効年月日	年　月　日
	長期該当年月日	年　月　日

減額認定証の交付申請又は提出ができなかった理由	1. 長期入院該当日が申請日の翌月初日となるため 2. その他（ア　制度の周知が徹底していないため イ　）

食事療養を受けた保険医療機関等	名称	
	所在地	

入院期間	年　月　日 ～　年　月　日　日間
交通事故等の第三者行為	（　有　・　無　）

支払方法	1　口座振込	銀行　支店　普・当　口座番号 金庫　支所 農協　口座名義人(世帯主)
	2　現金	後日窓口で受け取り

大川市長　殿

上記のとおり、証拠書類を添えて食事療養費標準負担額差額の支給を申請します。

年　月　日

住　所　大川市大字

世帯主　氏　名　㊞

個人番号			

電　話　（　）

決定伺	課長	課長補佐	係長	係
下記のとおり決定してよろしいか伺います。 令和　年　月　日				

イ（　－　）円×（　）日＝（　）円

ロ（　－　）円×（　）日＝（　）円

ハ（　－　）円×（　）日＝（　）円

ニ（　－　）円×（　）日＝（　）円

支給額小計

円

ホ　不支給理由：（　）

入院期間に受けた食事療養に対し支払った総額(標準負担額)	円

標準負担額（　円）－自己負担額（　円）＝差額支給決定額（　円）