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 | | 深 | | |  | | | |
| 世帯主 | 住　所 | 深川市 | | | | | | |
| 氏　名 |  | | | 生年月日 | 昭・平 　　年　　月　　日 | | 男・女 |
| 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 | |  | |  | | | |
| 減額認定の交付を受けている者 | | | | 発行期日 | | | 年　　月　　日 | |
| 長期該当年月日 | | | 年　　月　　日 | |
| 入院（91日目）年月日 | | | 年　　月　　日 | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 食事療養費を受けた  保険医療機関の名称 | | | | 名称 | |  | | | | 名称 | |  | | | |
| 名称 | |  | | | | 名称 | |  | | | |
| 入院期間  （日　数） | 平・令　　年　　月　　日から  平・令　　年　　月　　日まで | | | | | | 日間 | 平・令　　年　　月　　日から  平・令　　年　　月　　日まで | | | | | | | 日間 |
| 平・令　　年　　月　　日から  平・令　　年　　月　　日まで | | | | | | 日間 | 平・令　　年　　月　　日から  平・令　　年　　月　　日まで | | | | | | | 日間 |
| 入院期間に受けた食事療養費に対し支払った額（標準負担額） | | | | | | | | | | | 円 | | | | |
| 標準負担額認定証の交付申請又は提示できなかった理由 | | | | | | | | | | |  | | | | |
| 1. 申請が遅れたため 2. その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | |
| 支払いを希望する  金融機関・口座番号 | | | 金融機関名 | |  | | | | 銀行　信金  信組　農協 | | | | | 本店　本所  支店　支所 | |
| 口座番号 | |  | | | | | (ﾌﾘｶﾞﾅ)  名義人 | | |  | | |
| 上記のとおり国民健康保険の標準負担額差額の申請をします。  　　令和　　　年　　　月　　　日  住　所　深川市  世帯主  氏　名  （個人番号　　　　　　　　　　　　　　　）  電話番号　（　　　　）　　　－  　深川市長　様 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 市処理欄 | 差 額 支 給 | ①（　４６０　－　２１０　）円×（　　　　）食＝（　　　　　　　　　）円  ②（　２１０　－　１６０　）円×（　　　　）食＝（　　　　　　　　　）円  ③（　４６０　－　１６０　）円×（　　　　）食＝（　　　　　　　　　）円  ④（　４６０　－　１００　）円×（　　　　）食＝（　　　　　　　　　）円  ⑤（　２１０　－　１００　）円×（　　　　）食＝（　　　　　　　　　）円  ホ．　却下　　（理由　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | |