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　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |