

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	年 月 日
減額対象者	氏名 (個人番号)	()	生年月日	年 月 日
	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	名称		名称	
保険医療機関の名称	名称		名称	
入院期間 (日数)	年 月 日から 日間 年 月 日まで		年 月 日から 日間 年 月 日まで	
	年 月 日から 日間 年 月 日まで		年 月 日から 日間 年 月 日まで	
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	金融機関名	銀行 信金 本店 本所 信組 農協 支店 支所		
金融機関・口座番号	口座番号		(フリガナ) 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。 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 (-) 円 × () 食 = () 円		
		② (-) 円 × () 食 = () 円		
		③ (-) 円 × () 食 = () 円		
		④ (-) 円 × () 食 = () 円		
		⑤ (-) 円 × () 食 = () 円		
	却下 (理由)			