

# 国民健康保険食事療養標準負担額減額差額支給申請書

(宛先)倉吉市長

下記のとおり、食事療養に要した費用に関する証拠書類を添えて申請します。

年 月 日

被保険者記号・番号		記号	倉吉	番号		
申請者 (世帯主)	住所	倉吉市				
	氏名					
	個人番号			電話番号		
減額対象者	氏名					
	個人番号			生年月日	年 月 日	
減額認定証の交付を受けている者		発行年月日		年 月 日		
		長期該当年月日		年 月 日		
所得区分		才		低 I	低 II	
食事療養を受けた保険医療機関等		名称				
		所在地				
入院期間(日数)		年 月 日から				
		年 月 日まで		日間		
食数(回)		回				
食事療養に対し支払った額(標準負担額)			円			
認定を受けていることの確認を受けなかった理由						
第三者行為(交通事故等)該当の有無			該当あり ・ 該当なし			
支給金額	内訳					
	①	( - )	円 ×	( )	回 =	円
	②	( - )	円 ×	( )	回 =	円
	③	( - )	円 ×	( )	回 =	円
	合計		( )	回	円	

(宛先)会計管理者

標準負担額減額差額を下記の口座に振り込んでください。

振 込 先	銀行 金庫 協同組合		本店 支店 出張所	
	支店番号		預金種別	普通 ・ 当座 ・ 貯蓄
	口座番号			
	(フリガナ)			
	口座名義人			

(世帯主と口座名義人が違う場合は、この欄に署名捺印してください。)

上記の標準負担額減額差額支給について、その受領の権限を上記受取人に委任します。

世帯主住所	倉吉市
世帯主氏名	印