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) 五島市長

令和 年 月 日

下記のとおり食事療養標準負担額減額差額を申請します。

被保険者記号番号	ごとう				
(申請者) 世帯主	住 所				
	氏 名	生年月日			
減額対象者	氏 名	生年月日			
	個人番号	世帯主との続柄			
減額認定証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

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	日 間			
	年 月 日まで	(内,外泊等 日)			
入院期間に受けた食事療養に対し支払った額 (標準負担額)					円
標準負担額差額の計算	イ (-) × 食 =	円	支給額 イ+ロ 円		
	ロ (-) × 食 =	円			

減額認定証の交付申請又は提出ができなかった理由

支 払 方 法 (世帯主名義)	口座 振替	金融機関名	銀行・農協・漁協 組合・金庫	預金種別	普・貯・当
		支店名	支店・本所・支所	口座番号	
		口座名義人	カカカ		

※入院期間の欄は、差額支給の対象である期間を記載すること。