

# 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。

被保険者証記号番号	ごとう	一般・退本・退扶・前期高齢			
(申請者) 世帯主	住所				
	氏名	生年月日	年	月	日 男・女
減額対象者	氏名	生年月日	年	月	日 男・女
	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 (460-210) × 食=	円	支給額 イ+ロ+ハ+ニ		
	ロ (210-160) × 食=	円			
	ハ (460-160) × 食=	円			
	ニ (460-100) × 食=	円		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)	窓口払 (本庁・支所) ※支払い時に申請印が必要です。				
	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	カタナ				

※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。