

国民健康保険食事療養標準負担額差額支給申請書

被保険者証記号番号		阪南国		令和 年 月 日	
世帯主 (申請人)	世帯主名			保険者	阪南市
	生年月日	昭・平・令	年 月 日	所在地	阪南市尾崎町35-1
	個人番号				
減額対象者	氏名			世帯主との続柄	
	生年月日	昭・平・令	年 月 日	TEL	
	個人番号				
被保険者(減額対象者)の住所		阪南市			
減額認定証の交付を受けている者		発行年月日	令和	年 月 日	
		長期該当年月日	平成・令和	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)	平成・令和	年 月 日	から	日間	
	平成・令和	年 月 日	まで (食)		
入院中に受けた食事療養に対し支払った額(標準負担額)					円
減額認定証の交付申請又は提出できなかった理由					
1. 長期入院該当申請日以降、長期入院該当年月日前の入院であったため					
2. その他 ()					
()					
()					

振込先金融機関名	銀行 信用金庫		支店名	支店
	JA (農業協同組合)			
預金種別	普通・当座	預金口座番号		
口座名義(カタカナ)				
資格種別	一般・退職本人・退職扶養		確認欄	



上記のとおり関係書類を添えて標準負担額差額の支給申請します

阪南市 処理欄	差額 支給	イ. (460-210)円×()食=()円	受付番号(第)号
		ロ. (460-160)円×()食=()円	支払合計()円
		ハ. (210-160)円×()食=()円	支給等年月日
		ニ. 却下()	令和 年 月 日