

国民健康保険食事療養費標準負担額減額差額支給申請書

被保険者証記号番号		西国保			
世帯主	住所				
	氏名	印	個人番号		
減額対象者	氏名			生年月日	S・H・R 年 月 日
	世帯主との続柄			個人番号	
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		

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	日間		
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
減額認定証の交付申請又は提出ができなかった理由					
イ. 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 ロ. 制度を知らなかったため ハ. その他 [ ]					

上記のとおり関係書類を添えて国民健康保険食事療養費標準負担額減額差額の支給を申請します。

受領については、下記口座へ振り込みを依頼します。

世帯主と銀行口座名義人が異なるときは、口座名義人\_\_\_\_\_に受領を委任いたします。

令和 年 月 日

西之表市長 殿

振り込み先	預金別	口座番号	口座名義
銀行 支店 金庫 種子屋久農協	普通		ワガナ

支給決定伺 下記のとおり決定いたします。

標準負担額差額の計算		支給算出額		支給額合計	
イ ( ) ×	=	円		円	
ロ ( ) ×	=	円			
ハ ( ) ×	=	円			
ニ ( ) ×	=	円			
ホ ( ) ×	=	円			
ヘ ( ) ×	=	円			
ト 却下 (理由: )					
査定意見	決定年月日			支給決定額	
	令和 年 月 日			円	
	課長	課長補佐	係長	係	受付日印