

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				
資格区分	<input type="checkbox"/> 一般	<input type="checkbox"/> 退職本人	<input type="checkbox"/> 退職扶養	
適用区分	<input type="checkbox"/> 低所得Ⅰ	<input type="checkbox"/> 低所得Ⅱ		
減額対象者	氏名	世帯主との続柄		
	生年月日	昭・平・令 年 月 日		
	個人番号			
減額認定証発行期日	令和 年 月 日	長期該当年月日	令和 年 月 日	
食事療養を受けた 保険医療機関	名称			
	所在地			
入院期間（日数）	平・令 年 月 日から			日間
	平・令 年 月 日まで			
入院期間に受けた食事療養に対する支払額（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				
<input type="checkbox"/> 長期該当の手続期間中であった。 <input type="checkbox"/> 入院中等のため申請できなかった。 <input type="checkbox"/> その他 []				
振込金融機関名	農協・漁協		支店	
	銀行・信用金庫		支所	
口座番号及び口座名義人	普通	〔フリガナ〕		
	当座			

西予市長 殿

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日 申請者 住所 愛媛県西予市

氏名 _____ 印
 電話番号 _____
 個人番号 _____

※市区町村 処理欄	受付番号 []				
	イ (460-210) 円	×	()	回 = () 円	
	ロ (460-160) 円	×	()	回 = () 円	
	ハ (460-100) 円	×	()	回 = () 円	
	ニ (210-160) 円	×	()	回 = () 円	
	ホ 却下 []				