

国民健康保険 食事療養標準負担額差額支給申請書

被保険者記号・番号		させば	受取方法	1. 口座 2. 窓口
世帯主	氏名		世帯主の住所	
	生年月日			
減額対象者	氏名		世帯主との続柄	(男・女)
	生年月日			
	個人番号			
減額認定証の交付を受けている者			発効年月日	
			長期該当年月	年 月 日
金融機関名		支店名	(普通・当座)	
口座番号		口座名義人 (カタカナ)		
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)		年 月 日 から 年 月 日 まで 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		
減額認定証の交付申請をできなかった又は、減額認定を受けていることの確認を受けなかった理由 1. 市町村民税非課税の減額認定世帯の減額認定前の入院であったため 2. 市町村民税非課税の減額認定世帯の長期入院該当の減額認定申請前であったため 3. 医療機関に減額認定証を提出し忘れたため 4. その他				
上記のとおり関係資料を添えて国民健康保険食事療養標準負担額差額の支給を申請します。				
		年 月 日	住所	
			世帯主 氏名	印
			個人番号	
		佐世保市長 様	電話番号	
委任状	(受任者)			
	住所		(摘要)	
	氏名		印 (続柄)	
私は、上記の者を代理人と定め、食事療養費標準負担額差額認定申請に関する事を委任します。				
		年 月 日	委任者 氏名	印
処理欄	91 日目	年 月 日	区分	低I・低II・非課税
	イ. (-) 円 × () 食 = () 円			一般・退職本人 退職扶養
	ロ. (-) 円 × () 食 = () 円			
	ハ. (-) 円 × () 食 = () 円			処理日
ニ. (-) 円 × () 食 = () 円				
ホ. (-) 円 × () 食 = () 円			/	
支給額合計 () 円			受付番号	
備考				

※太枠内をご記入下さい