

国民健康保険食事療養標準負担額減額差額支給申請書

令和 ○年 ○月 ○日

記載例

住所 秦野市 **桜町1-3-2**  
 世帯主氏名 **秦野 太郎**  
 生年月日 **昭**・平・令 ○年 ○月 ○日  
 電話 **0463 (82) 9613**

次のとおり国民健康保険食事療養標準負担額減額差額の支給申請及び請求をします。

被保険者記号番号	12- <b>1234567</b>	個人番号	
減額対象者	氏名	<b>秦野 花子</b>	生年月日 <b>昭</b> ・平・令 ○年 ○月 ○日
	世帯主との続柄	<b>妻</b>	男・ <b>女</b>
減額認定証の交付を受けている者	発効年月日	年 月 日	年 月 日
	長期該当年月日	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	
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)	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">                     世帯主と通帳名義人が異なる場合は、世帯主の氏名を記入してください。                 </div>	
減額認定証の交付申請又は提出ができなかった理由		

※ 口座振替を希望される方は下欄に記入して下さい。

なお、上記の請求に係る金銭の受領を次の者に委任します。

申請者及び請求者の (世帯主) 氏名 **秦野 太郎**

支先す番号 給とる号 金し預等 ので金 振指口 込定座	金融機関名	<b>秦野</b> 銀行・秦野市農業協同組合 <b>桜町</b> 本支店 信用金庫・信用組合 本支所
	預金の種類	<b>1</b> 普通預金 フリガナ <b>ハダノハナコ</b>
		2 当座預金 通帳名義人氏名 <b>秦野 花子</b>
口座番号	<b>7654321</b>	

上記申請について、次のとおり決定してよろしいでしょうか。

課長	課長代理	主査	担当	受付	起案	
					・	・
					決裁	
					・	・
		<input type="checkbox"/> 支給する。 イ ( 510 - 240 ) 円 × ( ) 食 = ( ) 円 ロ ( 240 - 190 ) 円 × ( ) 食 = ( ) 円 ハ ( 510 - 190 ) 円 × ( ) 食 = ( ) 円 ニ ( 510 - 110 ) 円 × ( ) 食 = ( ) 円 合 計 = ( ) 円 <input type="checkbox"/> 却下する。 理由 ( )				