

国民健康保険食事療養費等標準負担額差額支給申請書

令和 年 月 日

甲斐市長 殿

世帯主 (申請者)	住 所	甲斐市		
	氏 名	印		
	生 年 月 日	昭 和 平 成	年 月 日	性別 男・女
	電 話			

下記のとおり関係書類を添えて食事療養の標準負担額減額差額の支給を申請します。

被保険者証の記号番号	カイー	受診者宛名番号	
減額対象者	氏 名	生 年 月 日	昭・平・令 年 月 日
	世帯主との続柄	本人・妻・夫・子・その他( )	性 別 男・女

減額認定証の交付を受けている方のみ記入 してください。	発 行 年 月 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 保険医療機関等	名 称	①	②
	所在地		
入院期間(日数) (差額支給の対象期間)	平成・令和 年 月 日から	平成・令和 年 月 日から	
	平成・令和 年 月 日から	平成・令和 年 月 日から	
		( 日間)	( 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			

なお、支給金額は、次の口座に振込むよう依頼します。

振込先金融機関名	本・支店名	口座番号	口座名義人
銀行 信用金庫 信用組合 農協	店	普通 当座	フリガナ
(世帯主と預金名義人が違う場合は、この欄に署名捺印してください。)			
上記名義人口座への振込を了承します。			世帯主氏名 印

食事療養費標準負担額差額 支給 決定  
不支給

令和 年 月 日

処 理 欄	支 給	イ ( - )円 × ( )日 = [ ]円
		ロ ( - )円 × ( )日 = [ ]円
		ハ ( - )円 × ( )日 = [ ]円
		ニ ( - )円 × ( )日 = [ ]円
	合 計	円
不支給		