

国民健康保険 食事療養標準負担額 差額支給申請書

生活療養標準負担額

年 月 日

諫早市長 様

【世帯主】
〒

住 所

氏 名

個人番号

電話番号 ()

減額対象者 (患者名)	氏名			生年月日	年 月 日	
	個人番号				性 別	男 ・ 女
	世帯主との続柄			記号番号	い	
減額認定証の交付		発効年月日		年 月 日		
		長期該当年月日		年 月 日		
食事療養(生活療養)を 受けた保険医療機関等		名称	別紙添付書類記載のとおり			
		所在地				
入院期間(日数)	年 月 日 ~ 年 月 日 【 日間】					
入院期間に受けた食事療養(生活療養)に対し支払った額(標準負担額)				円		
振込先 (世帯主名義)	銀行 信金 農協 労金	本店 支店	普 通 当 座 その他	口座番号		
				口座名義人(カタカナ)		
減額認定証の交付申請又は提出ができなかった理由						

☐ 長期該当確認 ☐ R 年度非課税確認

第三者該当 有 ・ 無

【一般食事代】

* 円× 食＝ 円

* 円× 食＝ 円

* 円× 食＝ 円

【療養病床】

* 円× 食＝ 円

【その他】

* 円× 食＝ 円