国民健康保険食事療養費標準負担額差額申請書

被保険者証 記号・番号	対馬			
減額対象者	氏 名		生年月日	年 月 日
	個人番号		世帯主との続柄	
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。	交付年月日	年 月 日		
	適用年月日	年 月 日		
	長期該当年月日	年 月 日		

入院をした医療機関等	名 称	
	所 在 地	
	入院期間 差額対象	年 月 日から 年 月 日まで 食分
減額認定証の交付申請又は提出ができなかった理由		

差額支給	イ	（	－	）円×	（	）回 ＝	（	）円
	ロ	（	－	）円×	（	）回 ＝	（	）円
	ハ	（	－	）円×	（	）回 ＝	（	）円
	ニ	（	－	）円×	（	）回 ＝	（	）円
					支給額合計		（	）円

支払方法	□ 窓口払 ［				窓口払 ］	
	□ 口座振込 ［	銀行	本店	普通 当座 貯蓄	番号	
		農協	支店		フリガナ	
		信漁連	支所		口座名義	

上記のとおり、国民健康保険食事療養費標準負担額差額の支給を申請します。

令和 年 月 日

申請者 住所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

連絡先 － －

個人番号 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

上記申請のとおり、支給してよろしいか伺います。						受 付 印
起案日	令和 年 月 日		決裁日	令和 年 月 日		
決裁	課 長	課長補佐	係 長	課 員	係	