

国民健康保険  
食事療養標準負担額減額差額支給申請書

別府市長 あて

次のとおり関係書類を添えて申請します。

申請日	令和	年	月	日
-----	----	---	---	---

被保険者証 記号番号	べっぶ	一般・退本・退扶	非課税・低Ⅱ
---------------	-----	----------	--------

世帯主	住所											電話番号					
	氏名											生年月日	昭・平・令	年	月	日	
	個人番号																

減額対象者	氏名											世帯主との続柄						
	個人番号														生年月日	昭・平・令	年	月

減額認定証の交付を受けている者	交付年月日						年	月	日
	発効期日						年	月	日
	長期該当年月日						年	月	日

医療機関等	名称										
	所在地										

入院日数	年	月	日	から	年	月	日	まで	日間
------	---	---	---	----	---	---	---	----	----

入院に際して受けた食事療養に対し支払った額(標準負担額)	食分	円
------------------------------	----	---

減額認定証の交付申請又は提出ができなかった理由	1 長期入院該当申請日以降、長期入院該当年月日の入院であったため 2 その他( )
-------------------------	----------------------------------------------

振込口座	コード	銀行 金庫 組合 農協	コード	本店  支店	口座番号	口座名義人 (カタカナ記入)
					1 普通 2 当座	

※市処理欄	1 ( )円×( )食=( )円 2 却下(理由: )
-------	--------------------------------

番号法上の身元確認	有・無
-----------	-----