

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

上記のとおり関係書類を添えて申請します。

		申請日	年 月 日	
被保険者証 記号番号	べっぷ		一般・退本・退扶	非課税・低Ⅱ
世帯主	住 所			
	氏 名	①	電話番号	
	個人番号		生年月日	年 月 日
減額対象者	氏 名	世帯主との続柄		
	個人番号		生年月日	年 月 日
減額認定証の交付を受けている者		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	
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	コード	口座番号	
	銀行 金庫 組合 農協	本店 支店	1 普通	2 当座
口座名義人 (カタカナ記入)				
※市 処 理 欄	1 (260-210)円×()食=()円 2 (260-160)円×()食=()円 3 (260-100)円×()食=()円 4 (210-160)円×()食=()円 5 (210-100)円×()食=()円 6 却下(理由:)			

番号法上の身元確認	有・無
-----------	-----