

国民健康保険食事療養費標準負担額減額差額支給申請書

被保険者 記号番号	十和田																		
減額対象者 氏名						生年 月日	昭・平・令 年 月 日	性別	男 女	続柄									
減額対象者個人番号																			
減額認定証の交付を受けている者						発行年月日			年 月 日										
						長期該当年月日			年 月 日										
①	食事療養を受けた保険医療機関等					名 称													
						所在地													
	入 院 期 間 (日 数)					年 月 日から 年 月 日まで ()日間													
食事療養に対し支払った額(標準負担額)					円														
②	食事療養を受けた保険医療機関等					名 称													
						所在地													
	入 院 期 間 (日 数)					年 月 日から 年 月 日まで ()日間													
食事療養に対し支払った額(標準負担額)					円														
③	食事療養を受けた保険医療機関等					名 称													
						所在地													
	入 院 期 間 (日 数)					年 月 日から 年 月 日まで ()日間													
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または、 提示ができなかった理由																			
下記の金融機関の口座へ療養費の払渡しを希望します。																			
銀行 信金 農協 信組						支店 本店 支所 本所			普通 当座		店番								
口座番号						フリガナ													
						口座名義人 (世帯主)													

上 記 の と お り 申 請 い た し ま す 。

令和 年 月 日

住 所 十和田市

世帯主

氏 名

電話()

十 和 田 市 長 殿

支 給 額		支 給 額 算 出 方 法				不 支 給	
		①	月	円×	食＝		
		②	月	円×	食＝		
		③	月	円×	食＝		
課 長	補 佐	係 長	係	決 定 年 月 日		支 給 年 月 日	