

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

被保険者証 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		支店 本店		普通		店番			
農協 信組		支所 本所		当座					
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 \_\_\_\_\_

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