

国民健康保険「食事療養標準負担額」減額差額 支給申請書

被保険者証 記号番号	03-	住所	出雲市
減額対象者	世帯主との続柄：	減額認定証の交付 <input type="checkbox"/> 受けている <input type="checkbox"/> 受けていない	
		適用区分	才・I・II
		発効期日	平成・令和 年 月 日
		長期入院該当の 申請日(①)	平成・令和 年 月 日
生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日	長期入院該当の 適用開始日 (①の翌月1日)	平成・令和 年 月 日
個人番号	入院日数が91日目の年月日(非課税世帯の期間の内)		
		平成・令和 年 月 日	

食事療養を受けた 保険医療機関等 <input type="checkbox"/> 別紙の通り	(所在地) (名称)		
差額支給の対象期間 <input type="checkbox"/> 別紙の通り	平成・令和 年 月 日 から 平成・令和 年 月 日まで		
標準負担額 (入院期間の食事療養に支払った額) <input type="checkbox"/> 別紙の通り	食事回数×減額前の食事単価 円＝	食	減額前の食事単価 円
差額支給額 <input type="checkbox"/> 別紙の通り	食事回数×(減額前の食事単価-減額後の食事単価) 円＝		減額後の食事単価 円
減額認定証の交付または 提出ができなかった理由	イ. 長期入院該当の申請日から該当する翌月までの差額申請のため。 ロ. 入院中(代理申請する者もいなかった)などのため申請できなかった。 ハ. その他 ()		

上記のとおり関係書類を添えて、食事療養標準負担額差額の申請をします。
支給決定された支払金は、下記の預金口座へ振込願います。 令和 年 月 日
(あて先) 出雲市長

世帯主 住所 出雲市

氏名 印 電話番号

個人番号

	銀行・農協 信金・信組	支店・本店 ()	普通・貯蓄・当座
口座番号			
口座名義(カタカナで)			

口座確認

添付書類 領収書