

国民健康保険食事療養標準負担額減額
差額支給申請書(兼)差額支給台帳

(一般・退本・退扶)

下記のとおり差額の支給を申請します。

令和 年 月 日

七 飯 町 長 様

被保険者記号番号		七.		電話番号	() -	
世帯主	住所	七飯町		個人番号		
	氏名			生年月日	昭・平・令 年 月 日	
減額対象者	氏名			生年月日	昭・平・令 年 月 日	
	個人番号			世帯主との続柄		
	適用年月日	平・令 年 月 日	長期適用年月日	平・令 年 月 日		

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)	平・令 年 月 日 から	日間	
	平・令 年 月 日 まで		
入院期間に受けた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前の入院であったため。			
2. その他(理由)			

世帯主の振込先	金融機関	銀行・信用金庫・農協		口座名義人(世帯主)
	支店名	支店・支所		(フリガナ)
	種別	普通・当座	口座番号	

事務処理欄	一般・前期・高齢1割・高齢2割・高齢3割・未就学			支給決定額 <u> </u> 円
	1.	$(460円 - 210円) \times ()$	食 = ()円	
	2.	$(210円 - 160円) \times ()$	食 = ()円	
	3.	$(260円 - 160円) \times ()$	食 = ()円	