

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

次のとおり関係書類を添えて申請します。

申請日	令和	年	月	日
-----	----	---	---	---

被保険者 記号・番号	べっぷ					一般・退本・退扶	非課税・低Ⅱ	
世帯主	住 所						電話番号	
	氏 名						生年月日	昭・平・令 年 月 日
	個人番号							
減額対象者	氏 名						世帯主との続柄	
	個人番号						生年月日 昭・平・令 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
		発 効 期 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				口座名義人 (カタカナ記入)	
	銀行 金庫 組合 農協	本店 支店	1 普通		2 当座			
※ 市 処 理 欄	1 (460-210)円×()食=()円							
	2 (460-160)円×()食=()円							
	3 (460-100)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
-----------	-----