

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

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		本店	1 普通		2 当座			
		金庫		支店						

※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
-----------	-----