

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兼請求書

次のとおり、標準負担額減額差額の支給を申請し、請求します。

年 月 日
加古川市長 様

診療月 年 月
年 月

※太枠内をご記入ください。

被保険者記号・番号		受領方法 (該当に○)		公金口座払 ・ 口座払 ・ 充当払 ※口座払のみ振込先情報をご記入ください。	
申請者 (世帯主)	住所	〒 加古川市		振込先金融機関 本店 銀行・信金 支店 農協・信組 支所	
	氏名			預金種目	口座番号
	個人番号			1. 普通(総合) 2. 当座 4. 貯蓄	
	電話	— —		フリガナ 口座名義人	
		支給決定金額 (請求額)			

※ 口座の名義人が申請者(請求者)と異なる場合は以下の委任状に記入捺印してください。

委任状

受任者住所 氏名
年 月 日 このたび上記の者を受任者と定め標準負担額減額差額受領の権限を委任します。
委任者氏名(署名又は記名押印) 印

対象者	氏名			発行年月日	年 月 日
	生年月日	昭・平・令 年 月 日		長期該当年月日	年 月 日
	個人番号				

食事療養を受けた保険医療機関		名称		
入院期間(日数)		年 月 日から 日間 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) (A)		円×	食＝	円
減額した負担額 (B)		円×	食＝	円
減額認定証の交付申請又は提出できなかった理由		決定金額		(A) - (B) = (C) 円

(注) 1 領収書等で入院期間、標準負担額の支払済み確認をしてください。
2 減額認定証の確認をしてください。

受付者	保険料納付状況
	滞納あり(1年6ヵ月以上) 滞納あり 滞納なし