

食事療養標準負担額差額
国民健康保険 **支給申請書**
生活療養標準負担額差額

被保険者証記号番号		苫小牧	
減額対象者	氏名		
	個人番号 (職権記載 <input type="checkbox"/>)		
減額認定証の交付を受けている者		生年月日	年 月 日
		世帯主との続柄	
食事療養を受けた保険医療機関		発行年月日	
		長期該当年月	
名称		領収書(別途保管)のとおり	
		所在地	
差額支給の対象となる入院期間(日数)		年 月 日から	年 月 日まで 日
上記期間に受けた食事療養に対し支払った額		円	
支払方法	・窓口受取	(口座振込指定欄)	<口座番号>
	・銀行振込 (世帯主のみ)	銀行 本店 信用金庫 組合 支店 ※世帯主名義の口座を指定してください。 口座名義人 (カタカナで記入)	普通・当座・貯蓄 NO _____
減額認定証の交付申請または、減額認定証を提出できなかった理由			
1. 市町村民税非課税の減額認定世帯の減額認定申請前の入院であったため 2. 市町村民税非課税の減額認定世帯の長期入院該当の減額認定申請前であったため 3. 医療機関に減額認定証を提出し忘れたため 4. その他			
(あて先) 苫小牧市長 様 年 月 日 上記のとおり関係資料を添えて国民健康保険食事療養標準負担額差額の支給を申請します。 〒 請求者 住所 _____ (世帯主) 氏名 _____ 印 (署名 _____) 生年月日 _____ 年 月 日 連絡先TEL ()			
		個人番号 (職権記載 <input type="checkbox"/>)	
処理欄	91日目	年 月 日	区分
	(-)円 × ()食 = ()円		低I・低II・非課税
	(-)円 × ()食 = ()円		一般・退職本人 退職扶養
	(-)円 × ()食 = ()円		処理日 /
支給額合計		()円	受付番号
備考			

受付印	受付者