

窓口払い
請求受領印

課長	課長補佐	係長	係

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

次のとおり関係書類を添えて国民健康保険食事療養費標準負担額差額の支給を申請、請求します。

令和 年 月 日
世帯主 住 所 みやま市 瀬高山川高田 町

氏 名 印

個人番号																	
------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

みやま市長 様 電 話

被保険者番号		区分		一般 ・ 前期			
減額対象者の氏名		生年月日		S・H・R 年 月 日		男 ・ 女	
個 人 番 号		世帯主との続柄					
減額認定証の交付状況		交 付 年 月 日		令和 年 月 日			
		発 効 期 日		令和 年 月 日			
		長期入院該当日		令和 年 月 日			
		91日目 該当日		令和 年 月 日			
差額支給の対象となる 保険医療機関等		名 称 所在地					
差額支給の対象となる入院日数		年 月 日 から 年 月 日 まで 日間					
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			
標準負担額減額認定証の交付 申請又は、保険医療機関等に提出 できなかった理由		☐ 市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 ☐ その他〔 〕					
請求額		イ.(-)円×()食 ロ.(-)円×()食 ハ.(-)円×()食 ニ.(-)円×()食				円	
支払方法		☐ 口座払い ☐ 窓口払い(本庁のみ)					
金融機関 振込口座		振 込 口 座					
		口座番号(7ケタ)		普 ・ 当			
		(フリガナ)					
		支店 支所		口座名義人			
備考		第三者行為(有・無) 滞納(有・無)					

国民健康保険食事療養費標準負担額減額差額支給決定書

決定額	イ.(-)円×()食 ロ.(-)円×()食 ハ.(-)円×()食 ニ.(-)円×()食	円
上記のとおり決定する。 令和 年 月 日 健康づくり課長 印		

処理 欄	届出人	☐ 世帯主 ☐ 氏名()続柄()	受付庁舎	瀬・山・高	受付者	
	確認	1つ ☐ 運転免許証 ☐ 個人番号カード ☐ ()	2つ ☐ 保険証・資格確認書 ☐ 限度額等認定証 ☐ 介護保険証 ☐ ()			