

支給年月日
年 月 日

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

被保険者記号番号	岡6		一般		
世帯主 (組合員)	住 所	井原市 町 番地			
	氏 名	印	生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日	男・女
	個人番号				
減額対象者	氏 名		生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日	男・女
	世帯主(組合員)との続柄				
	個人番号				
申請代理人	住 所				
	氏 名		続柄		
減額認定証の交付を受けている者			発行年月日	年 月 日	
			長期該当年月日	年 月 日	

食事療養を受けた保険医療機関	名称				
	所在地				
入院期間(日数)	年 月 日から		日間		
	年 月 日まで				
一般・長期の別	一般差額: 550円→270円		長期該当分: 270円→220円		
入院期間に受けた食事療養に対して支払った額(標準負担額)		円			
減額認定により本来支払う食事療養費の金額(減額負担額)		円			
申請により払い戻す食事療養費の差額(差額支給額)		円			
減額認定証の交付申請又は提出ができなかった理由					
振込指定口座					
銀行	1 普通	口座番号			
信用組合	支店	2 当座	名義人		
農協	店				

年 月 日

備考 入院期間の欄は、差額支給対象である期間を記載すること。