

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 ・ 退本 ・ 退扶	
世帯主 (組合員)	住 所	井原市 町 番地		
	氏 名	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日	男・女
	個人番号			
減額対象者	氏 名	生年月日	昭・平 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 年 月 日まで 日間			
一般 ・ 長期の別	一般差額：460円→210円 長期該当分：210円→160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				
<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する（利用する場合は口座情報の記入不要） <input type="checkbox"/> 振込口座を指定する 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。