

国民健康保険食事療養標準負担額減額差額支給申請書

神石高原町長様

年 月 日

次のとおり国民健康保険の食事療養費減額差額支給を申請します。

被保険者証記号番号		.....							
世帯主 (組合員)	住 所	神石郡神石高原町								
	氏 名	.....^①			生年月日	年	月	日	性別	男・女
	個人番号	.....			年	月	日	性別	男・女	
減額対象者	氏 名	.....			生年月日	年	月	日	性別	男・女
	個人番号	.....			年	月	日	性別	男・女	
	世帯主(組合員)との続柄		.....			年	月	日	性別	男・女
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等		名 称		.....					
		所在地		.....					
入院期間(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						
減額認定証の交付申請又は提出ができなかった理由				.....					

(注) 入院期間の欄は、差額支給の対象である期間を掲載してください。

支給決定の場合の振込先金融機関

金融機関名	.....	農協・銀行 信用組合・信用金庫	.....	支所・支店	.....
口座種類	普 通	口座番号	.....	.....	.....
フリガナ		.....		
口座名義(必ず世帯主名)		.....		

支給決定について

支給可否	承認	支給承認額	円
	不承認	不承認理由	.....
支給決定年月日	年 月 日		

公印の 押印 承認
-----------------	-------

本 庁	町 長	副町長	課 長	課長補佐	係 長	係 員	担当者	本庁受付欄
							
支 所	支所長	課 長	課長補佐	係 長	係 員	担当者	支所受付欄	
	摘要(受付処理の状況)							