

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

平成 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	.....			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		.....						
減額認定証の交付を受けている者		発行年月日	平成	年	月	日				
		長期該当年月日	平成	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)		平成	年	月	日	から				
		平成	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	平成 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)							

国民健康保険 請求書

請求金額 金 _____ 円

但し、国民健康保険給付金として、上記金額を請求します。

内訳
該当○印

- | | |
|----------|------------------|
| ①出産育児一時金 | ⑤移送費 |
| ②高額療養費 | ⑥食事療養標準負担額減額差額支給 |
| ③療養費 | ⑦国民健康保険税還付金 |
| ④特別療養費 | ⑧その他「 _____ 」 |

請求者住所 (世帯主) 氏名 ㊟

神石高原町長様

希望振込先 口座番号							
必ず申請者（世帯主）名義の金融機関口座をご記入ください。							
※次の欄に振込口座名をご記入ください。							
金融機関名	支店・支所名	口座番号	口座名義（世帯主名）				
<table border="1"><tr><td>銀行 農協 信組 信金</td></tr></table>	銀行 農協 信組 信金	<table border="1"><tr><td>支所 支店</td></tr></table>	支所 支店	<table border="1"><tr><td> </td></tr></table>		<table border="1"><tr><td>カナ</td></tr></table>	カナ
銀行 農協 信組 信金							
支所 支店							
カナ							