

国民健康保険食事療養標準負担額減額差額支給申

神石高原町長様

記入例

平成〇〇年〇〇月〇〇日

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。

必ず押印お願いします。

被保険者証記号番号	0	1	2	3	4	5	6	7	
世帯主 (組合員)	住所	神石郡神石高原町小島2025番地							
	氏名	神石太郎					生年月日	性別	男・女
	個人番号	000000000000					昭和〇〇年〇〇月〇〇日		
減額対象者	氏名	神石花子					生年月日	性別	男・女
	個人番号	000000000000					昭和〇〇年〇〇月〇〇日		
	世帯主(組合員)との続柄	妻							
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	〇〇〇〇病院							
	所在地	神石高原町〇〇〇〇〇〇番地〇							
入院期間(日数)	平成	〇〇	年	〇〇	月	〇〇	日から	〇〇日間	
	平成	〇〇	年	〇〇	月	〇〇	日まで		
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	神石高原	農協・ <u>銀行</u> 信用組合・信用金庫	神石高原	支所	<u>支店</u>				
口座種類	普通	口座番号	9	8	7	6	5	4	3
フリガナ	ジンセキ タロウ								
口座名義(必ず世帯主名)	神石太郎								

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
	摘要							
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

記入例

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 **神石高原町小畠2025番地**

(世帯主)

氏名 **神石太郎**

必ず押印をお願いします。

印

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

神石高原

銀行
農協
信組
信金

支店・支所名

神石高原

支所
支店

口座番号

9 8 7 6 5 4 3

口座名義（世帯主名）

カナ ジンセキ タロウ

神石太郎