

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。

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	昭和〇〇年〇〇月〇〇日		性別 男・女
	個人番号	000000000000							
減額対象者	氏名	神石花子				生年月日	昭和〇〇年〇〇月〇〇日		性別 男・女
	個人番号	000000000000							
	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	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	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	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)							