国民健康保険食事療養標準負担額差額支給申請書兼請求書

被保険者記号・番号	三みー			
世帯主	氏　名		生年月日	昭・平・令　　年　月　日
減額対象者	氏　名		生年月日	昭・平・令　　年　月　日
	個人番号		世帯主との続柄	

減額認定証の交付を受けている方	交付年月日	平・令　　年　　月　　日
	適用年月日	平・令　　年　　月　　日
	長期該当年月日	平・令　　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）	平・令　　年　　月　　日から 平・令　　年　　月　　日まで	日間
入院に際して受けた食事療養に対し支払った額（標準負担額）		円

入院時一部負担金限度額適用・標準負担額減額認定証の交付申請又は提出ができなかった理由
イ　長期入院該当申請日以降長期入院該当年月日前の入院であったため
ロ　その他（　　）

振込先	金融機関名・支店名	預金種別	口座番号	フリガナ 口座名義人
	銀行　　支店			

上記のとおり関係書類を添えて国民健康保険の食事療養標準負担額差額の支給を申請・請求します。

令和　　年　　月　　日

申請・請求者　住　所　みやき町大字　　番地
（世帯主）
氏　名　　㊞
個人番号
電　話　　－　　－

みやき町長　様

市区町村処理欄	差額支給	イ　（260－210）円×（　　）食＝（　　）円 ロ　（210－160）円×（　　）食＝（　　）円 ハ　（260－160）円×（　　）食＝（　　）円 ニ　（260－100）円×（　　）食＝（　　）円 ホ　却下（理由：　　）
		受理番号（第　　号） 台帳番号（第　　号） 合計（　　）円 支給等年月日 H・R　年　　月　　日