

国民健康保険食事療養標準負担額減額差額支給申請書

下記のとおり申請します。 なお、支給額は右記口座名義人へ振込願います。 また、市税等の滞納があればその充当に応じます。 平成 年 月 日 氷見市長 あて 住 所 氷見市 世帯主 印 電 話 () -	振込指定口座	
	金融機関名	銀行・信用金庫 農協・信漁連
		本店・支店 本所・支所
	預金種別	1 普通 2 当座
	口座番号	
	フリガナ	
口座名義人		

(平成 年 月分)

被保険者証の 記号・番号	-	1. 一般 2. 退職本人 3. 退職扶養	高齢受給者区分
減額対象者	氏 名	世帯主との続柄	.
	生年月日	昭和・平成 年 月 日	
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 同月 日まで 日間		
入院期間に受けた食事療養に 対して支払った額(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	1. 長期入院該当申請日以降長期入院該当以前の入院であったため 2. その他 ()		

以下はご記入の必要はありません。

支給金額算出基礎				受付番号	
長期非該当期間 (260 - 210)円	平成 年 月 日から 同月 日まで	50円 ×	回 =	円	支給額合計 円
長期該当期間 (210 - 160)円	平成 年 月 日から 同月 日まで	50円 ×	回 =	円	
長期該当期間 (260 - 160)円	平成 年 月 日から 同月 日まで	100円 ×	回 =	円	
区分 該当期間 (260 - 100)円	平成 年 月 日から 同月 日まで	160円 ×	回 =	円	