

## 国民健康保険食事療養標準負担額減額差額支給申請書

被保険者証番号		食事療養を受けた被保険者氏名	
世帯主との続柄		生年月日	年 月 日
個人番号		電話番号	
発症又は負傷の原因		第三者行為	有・無
食事療養を受けた医療機関			
名称		食事療養に支払った額	円
所在地			
入院期間（日数）	年 月 日から 年 月 日（日間）		
発行年月日	年 月 日	長期該当年月日	年 月 日
減額認定証の交付申請又は提出できなかった理由			減額区分
計算基礎	（ ）円 × （ ） = 円		
差額支給額			
振込金融機関	銀行・組合・農協 支店・支所		
口座番号	普通当座		(フリガナ)
			口座名義人
上記のとおり申請します。 年 月 日  世帯主 住所 六ヶ所村大字 氏名 ⑩ 個人番号 電話番号  六ヶ所村長 様			

## 記入例

## 国民健康保険食事療養標準負担額減額差額支給申請書

被保険者証番号		食事療養を受けた 被保険者氏名	六ヶ所太郎
世帯主との続柄	本人	生 年 月 日	昭和〇〇年〇〇月〇〇日
個人番号	〇〇〇〇 〇〇〇〇 〇〇〇〇	電 話 番 号	0175-72-2111
発症又は負傷の原因	病気	第 三 者 行 為	有 ・ 無
食事療養を受けた医療機関			
名 称	〇〇〇〇病院	食事療養に 支払った額	〇〇〇〇〇円
所 在 地	六ヶ所村〇〇		
入院期間 (日数)	平成〇〇年〇〇月〇〇日から平成〇〇年〇〇月〇〇日 ( 〇〇日間)		
発行年月日	年 月 日	長期該当 年月日	年 月 日
減額認定証の交付 申請又は提出でき なかった理由		減額区分	
計 算 基 礎	( ) 円 × ( ) = 円		
差 額 支 給 額			
振込金融機関	〇〇〇〇銀行・組合・農協 〇〇〇〇支店・支所		
口 座 番 号	普通 当座	〇〇〇〇〇〇	(フリガナ) ロッカシヨ タロウ
			口座名義人 六ヶ所 太郎
上記のとおり申請します。 〇〇年 〇〇月 〇〇日 世帯主 住 所 六ヶ所村大字尾駸字野附 475 番地 氏 名 六ヶ所 太郎 印 個人番号 〇〇〇〇 〇〇〇〇 〇〇〇〇 電話番号 0175-72-2111 六ヶ所村長 様			