

国民健康保険食事療養差額支給申請書					
被保険者証の 記号番号	珠	区分	○一般・退職		
被保険者氏名		個人番号			
生年月日	年 月 日	世帯主との 続柄			
減額認定証の 内容	交付区分		適用年月日	年 月 日	
	交付年月日	年 月 日	長期該当 年月日	年 月 日	
診療を受けた 医療機関等	名称				
	所在地				
入院日数	令和 年 月 日から令和 年 月 日までの 日間 回				
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
減額認定証の交付申請又は提出ができなかった理由					
差 額 支 給	イ	( - 210 ) 円 × ( ) 回 = ( ) 円	合 計		
	ロ	( - 160 ) 円 × ( ) 回 = ( ) 円			
	ハ	( - 160 ) 円 × ( ) 回 = ( ) 円			
	ニ	( - 100 ) 円 × ( ) 回 = ( ) 円			
	ホ 却下	(理由: )			
振 込 先	金融 機関名	銀行 金庫 農協 信漁連 ( )	支店・本店 ( )	預金種別	普通 座 ( )
	口座番号	口座名義人 (カタカナ)			
<p>(宛先)珠洲市長 上記のとおり関係書類を添えて食事負担額差額の支給を申請します。</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">世帯主 住所 _____</p> <p style="text-align: center;">氏名 _____</p> <p style="text-align: center;">電話番号 _____</p>					
代理権の確認		身元確認(世帯主、被保険者本人又は代理人)		番号確認	
<input type="checkbox"/> 本人の被保険者証等 <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 登記事項証明書 <input type="checkbox"/> システム(同一世帯確認) <input type="checkbox"/> その他( )		<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 職員面識(担当者: ) <input type="checkbox"/> No. ( ) <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 診察券 <input type="checkbox"/> No. ( )		<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 障害者手帳 <input type="checkbox"/> その他( ) <input type="checkbox"/> 預金通帳・キャッシュカード <input type="checkbox"/> その他( )	