

国民健康保険食事療養費標準負担額減額差額支給申請書

被保険者記号・番号										
減額 対象者	氏名			個人番号						
	生年月日	年	月	日	世帯主との 続柄					
既に減額認定証の交付を受けている方のみ記入してください。	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					
入院をした 保険医療機関等	名称									
	所在地									
入院日数	年 月 日から 年 月 日までの 日間				回					
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					
標準負担額減額認定証の交付申請又は保険医療機関等に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()										
差 額 支 給	イ	()	円	×	()	回	=	()	円	合計 円
	ロ	()	円	×	()	回	=	()	円	
	ハ	()	円	×	()	回	=	()	円	
	ニ	()	円	×	()	回	=	()	円	
	ホ	却下 (理由:)								
<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する (利用する場合は口座情報の記入不要) <input type="checkbox"/> 振込口座を指定する										
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)								
(宛先) 珠洲市長 上記のとおり関係書類を添えて食事療養費標準負担額減額差額の支給を申請します。 <div style="text-align: center;">年 月 日</div> 世帯主住所 _____ 氏名 _____ 個人番号 _____ 電話番号 _____ 申請者住所 (世帯主と申請者が同一の場合は記入不要) 氏名 _____ 世帯主との続柄 _____ 電話番号 _____										

代理権の確認	身元確認(世帯主又は代理人)	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"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 障害者手帳 <input type="checkbox"/> 職員面識(担当者:) <input type="checkbox"/> その他() No. ()	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> システム <input type="checkbox"/> その他
<input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 診察券 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 介護保険証 <input type="checkbox"/> 年金手帳・証書 <input type="checkbox"/> 預金通帳・キャッシュカード <input type="checkbox"/> その他() No. ()	<input type="checkbox"/> その他