

国民健康保険食事療養費標準負担額差額支給申請書

被保険者番号	宗				
減額対象者	氏名		生年月日	S・H・R 年 月 日	
	個人番号				
減額認定証の交付を受けている者			発行年月日	年 月 日	
			長期該当年月日	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～		年 月 日 (日間)		
	年 月 日～		年 月 日 (日間)		
入院に際して受けた食事療養に対して支払った額(標準負担額)				円	
標準負担減額認定証の交付申請又は提出ができなかった理由					
処理欄	イ. (460-210)円×()食=()円		支給額	円	
	ロ. (460-160)円×()食=()円				
	ハ. (460-100)円×()食=()円				
	ニ. (210-160)円×()食=()円				
	ホ. (-)円×()=()円				
国保税充当 依頼欄	支給金を以下の未納分の国保税に充当します。申請者氏名 _____ 年度 期分 本税 円・督促手数料 円				
振込先 ※世帯主の口座	銀行 信用金庫 信用組合 農協 漁協	支店	普通・当座	口座番号	
				口座名義 (カタカナ)	
※世帯主以外の 口座の場合 委任欄	下記のとおり、代理人に食事療養費標準負担差額支給申請に関する権限を委任します。 世帯主氏名 _____ 代理人氏名 _____ 世帯主との続柄 _____				
上記のとおり療養に要した費用に関する別紙証拠書類を添えて申請します。					
年 月 日					
【世帯主】	住 所 宗像市 _____				
	氏 名 _____				
	個人番号 _____				
Tel (_____)					
宗 像 市 長 様					
受付チェック欄	一般・退職 資格(有・無)	国保税(完納・未納)	受付者 _____		
	限度額区分(才・低I・低II)				