

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	浜 中						
世 帯 主 (組 合 員)	住 所					個人番号	
	氏 名	Ⓜ				生年月日	昭・平・令 年 月 日
減 額 対 象 者	氏 名					生年月日	昭・平・令 年 月 日
	世帯主(組合員)との続柄					個人番号	
減 額 認 定 証 交 付 状 況	発 行 年 月 日				令和 年 月 日		
	長 期 該 当 年 月 日				平成・令和 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・令和 年 月 日		平成・令和 年 月 日		日間 食事数(食)		
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		
支 給 決 定 額	(食事代の差額) 円×(食事数) 回 =				円		
減額認定証の交付申請又は提出ができなかった理由							

令和 年 月 日

浜中町長 様

口座振替依頼欄	銀行名	支店名	種目	口座番号
			1. 普通 2. 当座	
	口座名義人			