国民健康保険食事療養標準負担額減額差額支給申請書兼請求書

被保険者証記号番号				個人番号	
減額対象者	氏　名			生年月日	
	世帯主との続柄		□男 □女	区　分	一般 退職者本人 退職者家族
減額認定証の交付を受けている場合			発行年月日		年　月　日
			長期該当年月日		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）	年　月　日から　年　月　日まで　日間				
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

減額認定証の交付申請又は提出できなかった理由

□減額の制度を知らなかった。　□その他
□長期該当の手続期間中であった。
□入院中などのため申請できなかった。　（　　）

発病又は負傷の理由	１：第三者行為（交通事故等）　２：その他（自損事故・疾病等）

上記のとおり関係書類を添えて、国民健康保険の標準負担差額の支給を申請します。

令和　　年　　月　　日

住　所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

申請者（世帯主）　氏　名 ＿＿＿＿＿＿＿＿　連絡先 ＿＿＿＿＿＿＿＿

個人番号 | | | | | | | | | | | | |

羽咋郡志賀町長　様

受取方法	□　振込口座を指定する			
	□　公金受取口座を利用する（町内在住の方に限り利用できます。）			
振込先	銀行 信用金庫 農協 信漁連	本店 支店	種別	□普通　□当座　□その他
			口座番号	
	口座名義人（カタカナ）			

※申請者（世帯主）と口座名義人が違う場合は、下記の委任承諾欄を記載して下さい。

この療養費の受領について、上記口座名義人 ＿＿＿＿＿＿＿＿ に委任します。

令和　　年　　月　　日　世帯主氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿ ㊞

＊ 入院中に支払った食事療養費の額及び入院期間が分かる書類を添付してください。

処理欄

所得区分	減額前の標準負担額	減額後の標準負担額	差額支給決定額
	円	円	円
（支給額内訳）	（　—　）円×	食＝	円
	（　—　）円×	食＝	円