

国民健康保険 食事療養・生活療養 標準負担額差額支給申請書

被保険者証 記号番号	当麻 (一般・退職)											
減額対象者	個人番号											
	氏名							世帯主 との続柄				
	生年月日	昭・平・令	年		月	日			男・女			
減額認定証 の交付状況	交付年月日			年	月	日						
	発行年月日			年	月	日						
	長期該当年月日			年	月	日						

入院した保険 医療機関等	名称											
	所在地											
差額支給対象期間	年 月 日～ 年 月 日 (日間)											
入院時に受けた食事・生活療養費の支払金額 (標準負担額)										円		
標準負担額減額認定証の交付申請又は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 ()												

上記のとおり、関係書類を添えて申請します。

年 月 日

住所

申請者 (世帯主)

氏名

当麻町長

宛

町 記 入 欄	差額支給											支給金額 (合計) 円
	イ (-) 円 × () 食・日 = () 円											
	ロ (-) 円 × () 食・日 = () 円											
	ハ (-) 円 × () 食・日 = () 円											
ニ	却下 (理由)											