



国民健康保険食事療養標準負担額減額差額支給申請書

被保険者証記号番号		個人番号	
減額対象者	氏名	生年月日	年 月 日
	世帯主との続柄	負担割合	非課税・低Ⅰ・低Ⅱ
減額認定証の発行内容		発行年月日	年 月 日
		長期該当日 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 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
減額認定証の交付申請又は提出が出来なかった理由		

振 込 先	<input type="checkbox"/> 公金受取口座(マイナンバーカードに登録した口座)を利用する (利用する者は口座情報の記入不要)				
	<input type="checkbox"/> 振込口座を指定する				
	金融機関名	支店名	銀行 農協 信組 信金	本店 支店 出張所	普通・当座
	口座番号		フリガナ 口座名義人		
(世帯主と口座名義人が違う場合は、この欄に署名してください。 上記名義人口座への振込を了承します。 世帯主氏名)					

(注) 入院期間の欄は、差額支給の対象である期間を記載してください。

上記のとおり、申請します。

年 月 日

世帯主 住 所 安芸高田市 町 番地  
氏 名  
個人番号  
電話番号

安芸高田市長 様

[受付時確認] 添付書類等	<input type="checkbox"/> 入院期間に受けた食事療養に対し支払った金額が確認できるもの(領収書)の添付	受付者印
	<input type="checkbox"/> 口座振込み <input type="checkbox"/> 現金(本庁窓口支払い)	

以下記入不要

既支払済額	1食( )円 × ( )食	=	円
減額対象額	1食( )円 × ( )食	=	円
支給額		=	円