

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	和7-		資格種別	一般				
減額対象者	氏名		生年月日	昭・平・令	年	月	日	男・女
	世帯主との続柄		個人番号					
減額認定証の交付を受けている者	発行年月日		令和	年	月	日		
	長期該当年月日		令和	年	月	日		
食事療養費を受けた保険医療機関等	名称							
	所在地							
入院期間（日数）	令和		年	月	日から	日間		
	令和		年	月	日まで	（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		
減額認定証書の交付申請又は提出が出来なかった理由								

振込先

銀行名	支店名	種類	口座番号	預金者名（カタカナ）
		普・当		

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

世帯主

住所 新宮市

氏名

連絡先

（あて先）

新宮市長

審 査 決 定			
病院に支払った金額		減額決定額	
550円×	食＝ 円	270円×	食＝ 円
510円×	食＝ 円	240円×	食＝ 円
270円×	食＝ 円	220円×	食＝ 円
240円×	食＝ 円	190円×	食＝ 円
220円×	食＝ 円	130円×	食＝ 円
190円×	食＝ 円	110円×	食＝ 円
計	食＝ 円	計	食＝ 円
差額支給決定額			
円			

負担区分
非・低Ⅰ・低Ⅱ
課税（差額支給なし）

備考
