

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

被保険者証記号番号	和7-		資格種別	一般 ・ 退職	
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 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

（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
460円 × 食 = 円	210円 × 食 = 円
360円 × 食 = 円	160円 × 食 = 円
210円 × 食 = 円	100円 × 食 = 円
160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
----