

国民健康保険食事療養標準負担額減額差額支給申請書

一般	前期	高二	未就
----	----	----	----

記号番号	浦国		
減額対象者	氏名		世帯主との続柄
	生年月日	年 月 日	個人番号
減額認定証の交付を（ <input type="checkbox"/> 受けている <input type="checkbox"/> 受けていない）※交付を受けている場合は、下記を記入してください。			
発行年月日： 年 月 日 長期該当年月日： 年 月 日			
食事療養を受けた医療機関等	名称		
	所在地		
入院期間（日数） ※差額支給の対象である期間を記載すること	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ができなかった理由			

振込口座情報（※世帯主名義の口座を指定してください。）										
金融機関	名称	銀行・農協 信金・（ ）				支店	名称	支店・本店 出張所		
	コード	※4桁の番号					コード	※3桁の番号		
預金種別	1. 普通 2. 当座 3. 貯蓄				口座番号					
名義人カナ氏名										
振込口座がゆうちょ銀行の場合は、下記を記入してください。										
ゆうちょ銀行 記号	1			0	※	番号				
※ 6桁目がある場合に「※欄」を記入してください。										
口座名義人カナ氏名										
<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用します。										

浦添市長 殿 年 月 日

上記のとおり食事療養費標準負担額減額差額支給申請をします。

申請者 (世帯主) 住所 \_\_\_\_\_ 個人番号 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 電話番号 \_\_\_\_\_

届出人 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 電話番号 \_\_\_\_\_

①支払った食事療養標準負担額	②減額後の食事療養標準負担額	③支給決定額 (①-②)
円	円	円

このとおり 支給 ・ 不支給 を決定してよいか。		課長	係長	担当
決定年月日	支給年月日			

備考	<input type="checkbox"/> 申請者の身分確認（運転免許証・マイナンバーカード・その他）
----	--