# 国民健康保険食事療養標準負担額減額差額支給申請書

※太わくの中を記入してください。

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 申請日 | | | ●● 年 ●月 ●日 | |
| 被保険者証記号番号 | 倉 | ●●●●●●－● | 一般・退職 | 電話番号 | ●●●（●●●）●●●● |
| 世帯主 | 住所 | 佐倉市 ●●町●●番地 | | 個人番号 | |
| | 氏名 | 佐倉 太郎 佐倉㊞ | 男・女 | 生年月日 | ● 年 ●月 ●日 |
| 減額対象者 | 氏名 | 佐倉 花子 | 男・女 | 生年月日 | ● 年 ●月 ●日 |
| | （世帯主との続柄： 妻 ） | | | 個人番号 | |

［減額認定証の交付申請又は提出ができなかった理由］

☑ １．長期入院該当年月中の入院であったため。

□ ２．その他（ ）

| | | |
|---|---|---|
| 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） | |
| 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 |

**食事療養を受けた保険医療機関等の領収書を添付してください。**

**振 込 先**

上記のとおり、食事療養費を申請します。

| | | | |
|---|---|---|---|
| 世帯主住所 | 佐倉市 ●●町●●番地 | | |
| 世帯主氏名 | 佐倉 太郎 佐倉㊞ | | |
| 金融機関名 | ●●銀行 | 口座番号 | ●●●●●●● |
| 支店名 | ●●支店 | 預金種目 | １．普通 ・ ２．当座 |
| 口座名義（カタカナ） | サクラ ハナコ | | |

※世帯主名義以外の口座に振り込む場合は、下記に世帯主の住所・氏名を記入、押印してください。

私は、上記口座名義人を代理人と定め、食事療養費の受領に関する一切の権限を委任します。

| | |
|---|---|
| 世帯主住所 | 佐倉市 ●●町●●番地 |
| 世帯主氏名 | 佐倉 太郎 佐倉㊞ |

**市 処 理 欄**

| | | |
|---|---|---|
| 長期入院該当年月日 | 減額認定証 | |
| | 交付年月日 | 長期入院該当年月日 |
| 年 月 日 | 年 月 日 | 年 月 日 |
| 差額支給期間 | 年 月 日から 年 月 日まで | |
| 差額支給額 | （ 円－ 円）× 回＝ 円<br>（ 円－ 円）× 回＝ 円 | |

担当：健康保険課 給付管理班 （電話：０４３－４８４－１７８３）