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		個人番号	
	氏名	㊞	男・女	生年月日	年　月　日
減額対象者	氏名		男・女	生年月日	年　月　日
	（世帯主との続柄：　）			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

世帯主氏名　㊞

金融機関名		口座番号	
支店名		預金種目	１.普通　・　２.当座
口座名義（カタカナ）			

※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

世帯主氏名　㊞

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 （　円－　円）×　回＝　円	

担当:健康保険課　給付管理班　（電話:０４３－４８４－１７８３）