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
被保険者記号番号	倉　　－	電話番号	（　　）
世帯主	住所　佐倉市	個人番号（マイナンバー）	
	氏名	生年月日	年　月　日
減額対象者	氏名	生年月日	年　月　日
	（世帯主との続柄：　　）	個人番号（マイナンバー）	

［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

振込先	□ 世帯主の公金受取口座を利用します。（マイナポータルで口座を登録いただいた方が利用できます。）				
	※上記□に✓をいただいた場合、以下の口座情報は記入不要ですが、記入があった場合には下記口座に振込みをします。				
	銀行名/ｺｰﾄﾞ		支店名/ｺｰﾄﾞ	支店	
	口座番号		預金種目	1. 普通　2. 当座　9. 他	
	口座名義人※	フリガナ			
			備考		

※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）