国民健康保険食事療養標準負担額減額差額支給申請書　記入例

※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 ●●町●●番地	個人番号（マイナンバー）	
	氏名 佐倉 太郎	生年月日	● 年 ●月 ●日
減額対象者	氏名 佐倉 花子	生年月日	● 年 ●月 ●日
	（世帯主との続柄： 妻 ）	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●●町●●番地
世帯主氏名	佐倉 太郎

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/コード	●●銀行	支店名/コード	●● 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 サクラ ハナコ		
		佐倉 花子	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　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 （　円−　円）×　回＝　円	

担当：健康保険課　給付管理班　（電話：０４３−４８４−１７８３）