

国民健康保険限度額適用標準負担額 差額支給申請書

被保険者証記号番号		留萌一			交付番号			
世帯主	住所	留萌市 町 丁目						
	氏名			生年月日			男・女	
	個人番号							
減額対象者	氏名			生年月日			男・女	
	個人番号							
	世帯主との続柄							
減額認定証の交付を受けている者				発行年月日		年	月	日
				長期該当年月日		年	月	日

食事療養を受けた保険医療機関等	名称	診療報酬明細書に記載のとおり					
	所在地	診療報酬明細書に記載のとおり					
入院期間(日数)		年 月 日から			日間		
		年 月 日まで					
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	名称	診療報酬明細書に記載のとおり					
	所在地	診療報酬明細書に記載のとおり					
入院期間(日数)		年 月 日から			日間		
		年 月 日まで					
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	名称	診療報酬明細書に記載のとおり					
	所在地	診療報酬明細書に記載のとおり					
入院期間(日数)		年 月 日から			日間		
		年 月 日まで					
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			
上記のとおり関係書類を添えて国民健康保険標準負担額減額差額の支給を申請します。							
<input type="checkbox"/> 長期入院該当申請日以降長期入院該当年月日前の入院であったため <input type="checkbox"/> その他 ()							

上記のとおり関係書類を添えて国民健康保険標準負担額減額差額の支給を申請します。

年 月 日

住所 留萌市 町 丁目

申請者(世帯主)

氏名 ⑧

個人番号

留萌市長 様

決定額	下記のとおり決定する。		決定年月日		課長	係長	係	合議
処理欄 認定等	<input type="checkbox"/>	イ (460-210=250)円×()食=()円					受付印	
	<input type="checkbox"/>	ロ (460-160=300)円×()食=()円						
	<input type="checkbox"/>	ハ (210-160=50)円×()食=()円						
	<input type="checkbox"/>	ニ (- =)円×()食=()円						
	<input type="checkbox"/>	却下(理由:)						
台帳番号(第 号)		支給額合計()円			支給年月日 年 月 日			