

国民健康保険食事療養費標準負担額差額支給申請書

被保険者証の記号番号		劍		区分	一般・退本人・退扶養	
世帯主	住所					
	氏名		生年月日	年	月	日 男・女
	個人番号					
減額対象者	氏名		生年月日	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
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	日間
			年	月	日まで	
入院期間中に受けた食事療養に対し支払った額（標準負担額）			@	×	食分＝	円
減額認定証の交付申請又は提出ができなかった理由			イ 長期入院該当申請以降、長期入院該当日前であつたため。			
			ロ その他（ ）			

上記のとおり関係書類を添えて申請します。

年 月 日

申請人 住所

氏名 (印)

劍淵町長

様

市町村 処理欄	差額	イ	()	円×	()	食＝	()	円	支給額合計 円
		ロ	()	円×	()	食＝	()	円	
		ハ	()	円×	()	食＝	()	円	
		ニ	()	円×	()	食＝	()	円	
	支給	ホ	却下	(理由：)					