

国民健康保険食事療養標準負担額差額支給申請書

一般 ・ 前期高齢（65～69才） ・ 前期高齢（70～74才）低Ⅰ ・ 低Ⅱ ・ 未就学児

記号・番号	食事療養を受けた被保険者の氏名	生年月日	世帯主との続柄
	個人番号	昭平 年 月 日	

食事療養を受けた病院、診療所等の名称及び所在地	名 称	
	所在地	

食事療養を受けた被保険者の入院期間	令 年 月 日 から 令 年 月 日 まで	日間
-------------------	--------------------------	----

食事療養について支払った標準負担額	円
-------------------	---

減額認定証を医療機関に提出しなかった理由	<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
----------------------	---

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

むつ市長 様

〒

住所

世帯主

氏 名

電 話 ()

個人番号

振 込 先	銀行・信用金庫・信用組合		本店・支店・営業部
	普通・当座	口座番号	
	(ふりがな)		
	口座名義人		

※届出人が世帯主又は、世帯員以外の場合は、住所・氏名・電話番号・世帯主との続柄を裏面に記入してください。

処 理 欄	イ. (490-230) 円×	食 =	円	
	ロ. (490-180) 円×	食 =	円	
	ハ. (490-110) 円×	食 =	円	
	ニ. (230-180) 円×	食 =	円	
	ホ. (230-110) 円×	食 =	円	
	ヘ. (-) 円×	食 =	円	
	ト. 申請却下			

	住 所	_____
届出人	氏 名	_____ 電 話 ()
	続 柄	_____