

# 記入例

## 国民健康保険 食事療養標準負担額減額差額 支給申請書

受付印欄

(宛先) 長野市長

次のとおり関係書類を添えて食事療養標準負担額減額差額の支給を申請します。

受付印欄
------

被保険者証 記号番号：長一〇〇〇〇〇〇		申請年月日： 令和 〇年 〇月 〇日	
(請求者) 世帯主	住所	〒 380-8512 長野市大字鶴賀緑町1613番地	
	氏名	長野 太郎	自署の場合 は押印不要 電話 ( 026 ) 224-7225
	個人番号	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇	
減額対象者	氏名	長野 太郎 (昭) 平・令 〇〇年 〇月 〇日生)	
	個人番号	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇	
減額認定証の交付を 受けている場合	発行年月日	令和 〇〇年 〇月 〇日	
	長期該当年月日	令和 〇〇年 〇月 〇日	

食事療養を受けた 保険医療機関	名称	長野第一病院		
	所在地	長野市緑町		
入院期間 (日数)	令和 〇〇年 2月 1日から 令和 〇〇年 3月 25日まで合計 53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)				32,970 円
額認定証の交付申請又は 提出ができなかった理由	急に入院したが、一人暮らしなので、交付申請ができなかった。			

- 世帯主の公金受取口座を利用する (既に登録済みの方のみ可)
- その他振込先口座を指定する

振込先 金融機関	長野ABC	銀行・信用金庫 農協・信用組合	駅前	支店 支所
	口座番号	フリガナ	ナガノ タロウ	
	1234567	口座 名義人	長野 太郎	

↓ 世帯主名義以外の口座に振込希望の場合は下欄にも記入・押印してください。

委任状	私 (世帯主) は、申請により支給される食事療養標準負担額減額差額の受領を次の者に委任します。		委任者印 (世帯主の 認印)
	受任者 (口座名義人) 住所	世帯主と口座名義人が異なる場合は 委任状欄の記入・押印が必要になります。 受任者 (口座名義人) 氏名は口座名義人の 住所・氏名を記入してください。	
	受任者 (口座名義人) 氏名		

↓ 長野市国保処理欄につき記入不要

所得区分	減額前の標準負担額	減額後の標準負担額	差額支給決定額
(支給額内訳)	記入不要です		円
			円
			円

受付者
-----