

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		申請年月日 令和 年 月 日	
(請求者) 世帯主	住所	〒 □□□-□□□□ □□□□ 長野市	
	氏名	自署の場合 は押印不要	電話 () -
世帯主の個人番号			
減額対象者	氏名	昭・平・令 年 月 日生	
減額対象者の個人番号			
減額認定証の交付を 受けている場合	発行年月日	令和 年 月 日	
	長期該当年月日	令和 年 月 日	

食事療養を受けた 保険医療機関	名称		
	所在地		
入院期間 (日数)	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 合計 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	
減額認定証の交付申請又は提出ができなかった理由			

振込先金融機関	銀行・信用金庫 支店		銀行・信用金庫 支所
	農協・信用組合		
※国保課使用欄	口座番号	フリガナ	
		口座 名義人	

↓ 世帯主名義の口座以外に振込を希望する場合は記入して下さい(押印が必要です)。

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 世帯主と同じ <input type="checkbox"/>		
	〒 □□□-□□□□ □□□□		
	受任者 (口座名義人) 氏名		電話 () -

国保課職員処理欄

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
	円	円	円
(支給額内訳)	() 円 × 食 =		円
	() 円 × 食 =		円

受付者
