

# 国民健康保険食事療養標準負担額減額差額支給申請書

(食事代の領収書のコピーを添付してください)

被保険者証記号番号	崎15		(一般・退本・退扶)		
世帯主	住所	長与町	郷	番地	
			丁目		
	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	平・令	年 月 日	
		長期該当年月日	平・令	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)	平・令	年 月 日
	平・令	年 月 日
入院期間に受けた食事療養に対して支払った額 (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		

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

令和 年 月 日

申請者 住所 長与町 郷 番地  
まなび野 丁目

(世帯主) 氏名 印

長与町長 様

## 振込先口座

振込先	銀行	支店名	支店
銀行名	金庫・組合		
口座番号	普 当 貯	7777	名義人

国民健康保険食事療養標準負担額減額差額

**記入例**

(食事代の領収書のコピーを添付してください)

被保険者証記号番号	崎15	〇〇〇〇〇〇〇〇	(一般・退本・退扶)		
世帯主	住所	長与町	嬉里郷	〇〇〇	番地 〇〇
	氏名	長与 太郎	生年月日	昭和〇〇年 △月 ×日	男・女
	個人番号	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇			
減額対象者	氏名	長与 花子	生年月日	昭和〇〇年 △月 ×日	男・女
	個人番号	△△△△△△△△△△△△	世帯主との続柄	妻	
減額認定証の交付を受けている者		発行年月日	平	〇〇年 △△月 ××日	
		長期該当年月日	平・令	年 月 日	

食事療養を受けた保険医療機関等	名称	××××病院			
	所在地	〇〇市△△町			
入院期間 (日数)	平・令	〇〇年△△月××日	〇〇 日間		
	平・令	〇〇年△△月××日			
入院期間に受けた食事療養に対して支払った額(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					
<b>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為</b>					

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

令和 〇〇年 △△月 ××日

申請者 住所 長与町 嬉里郷 〇〇〇番地 〇〇  
まなび野 丁目  
北陽台

(世帯主) 氏名 長与 太郎 印

長与町長 様

振込先口座

振込先	〇〇	銀行	支店名	△△	支店
銀行名		金庫・組合			
口座番号	普	××××××××	刃刃ナ	ナカヨ タロウ	
	当貯		名義人	長与 太郎	