

国民健康保険食事療養標準負担額減額差額支給申請書

被保険者証番号		若人・前期		一般・退職本人・退職扶養	
減額対象者	氏名	生年月日		昭 平 令	年 月 日 男・女
	個人番号	世帯主との続柄			
	適用区分	低Ⅰ・低Ⅱ区分オ(長期非該当)・低Ⅱ区分オ(長期該当)			
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		
		入院日数が 90日を越えた日	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 日から 日間
	平・令 年 月 日まで
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できなかった理由	

支払金融機関	支払区分	1:口座振込	預金種別	1:普通	銀行	支店・本店	
		2:		2:当座	農協	支店・本店	
	金融機関コード					信組	支店・本店
	口座番号					金庫	支店・本店
口座義力ナ							

上記のとおりに申請いたします。

令和 年 月 日 申請者 住所 北秋田市
(世帯主) 北秋田市長 様

氏名 ※

個人番号

連絡先

※本人が手書きしない場合は、記名押印してください

受理代理人の欄	本請求に基づく給付金の受領を代理人に委任します。 令和 年 月 日					
	世帯主(申請者) 氏名	印				
	代理人の (フリガナ)					
	氏名	印				
代理人の 郵便番号						
住 所						

減額台帳	支給額	円
	支給年月日	令和 年 月 日
	不支給の理由	

受 付