

決 裁	課 長	係 長	係 員

光市国民健康保険食事療養標準負担額減額差額支給申請書

被保険者証の 記号・番号	山10		
療養を受けた 被保険者氏名		生年月日	年 月 日
個人番号(マイナンバー)		世帯主との続柄	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 本人以外
食事療養を受けた保険医療機関等	名 称		
	所在地		
入 院 日 数	年 月 日～ 年 月 日 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			
1 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			
2 その他			
振 込 口 座	銀行	支店	普通
	農協	支所	座
	信金	出張所	当座
			口座番号
			フリガナ
			口座名義人
(あて先)光市長 上記のとおり療養に要した費用に関する別紙証拠書類を添えて申請します。			
令和 年 月 日			
		住所	_____
		申請者 (世帯主)	氏名 _____ 印 _____
			個人番号 (マイナンバー) _____
		(電話番号	_____ - _____ )

市処理欄(※以下は記入しないでください)

減額認定証 の状況	発行 年月日	年 月 日	長期該当 年月日	年 月 日
--------------	-----------	-------	-------------	-------

差 額 支 給	1 (    -    ) 円 × (    ) 回 = (    ) 円	支 給 決 定 額
	2 (    -    ) 円 × (    ) 回 = (    ) 円	
	3 (    -    ) 円 × (    ) 回 = (    ) 円	
	4 却下	

担当 確認用	年齢 区分	<input type="checkbox"/> 70歳未満 <input type="checkbox"/> 70歳以上 <input type="checkbox"/> 未就学児	前期 高齢者	<input type="checkbox"/> 65-69歳 <input type="checkbox"/> 70歳一般 <input type="checkbox"/> 70歳現役	福祉 医療	<input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> ひとり親 <input type="checkbox"/> 乳幼児
-----------	----------	---	-----------	---	----------	--