

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 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			
<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用します。(利用する場合は口座情報の記入不要)			
振 込 口 座	銀行	支店	普通
	農協	支所	口座 番号
	信金	出張所	当座
			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 _____ 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	前 期 高 齢 者	<input type="checkbox"/> 65-69歳	福 祉 医 療	<input type="checkbox"/> 重度
		<input type="checkbox"/> 70歳以上		<input type="checkbox"/> 70歳一般		<input type="checkbox"/> ひとり親
		<input type="checkbox"/> 未就学児		<input type="checkbox"/> 70歳現役		<input type="checkbox"/> 乳幼児