

| | | |
|---------------------------------|-------|-----|
| 振 込 先 口 座 番 号 | 金融機関名 | |
| | 口座番号 | No. |
| | フリガナ | |
| | 名義人 | |

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 | | | | |
| 世帯主 | 住所 | | | |
| | 氏名 | | 生年月日 個人番号 | |
| 減額対象者 | 氏名 | | 生年月日 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 | | |
| | | 長期該当年月日 | | |

| | | | | |
|-----------------------------|--|--|--|---|
| 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） | 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 | 長期入院該当となった月の分の入院日数を証明できる書類が発行されたのが、該当月の翌月であったため。 | | | |

令和 年 月 日

| | |
|-------|--|
| 入院開始日 | |
|-------|--|