



国民健康保険食事療養標準負担額減額差額支給申請書

被保険者証記号番号		個人番号	
減額対象者	氏名	生年月日	年 月 日
	世帯主との続柄	負担割合	非課税・低Ⅰ・低Ⅱ
減額認定証の発行内容		発行年月日	年 月 日
		長期該当日	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）		年 月 日から	
		年 月 日まで	日間 食
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出来なかった理由			
振込先	金融機関名	農協・銀行	本店 支店 出張所
	支店名	( )	
	口座番号	フリカゝナ 名義人	

（注）入院期間の欄は、差額支給の対象である期間を記載してください。

上記のとおり、申請します。

年 月 日

世帯主 住所 安芸高田市 町 番地  
氏名 印  
個人番号  
電話番号

安芸高田市長 様

[受付時確認] 添付書類等	<input type="checkbox"/> 入院期間に受けた食事療養に対し支払った金額が確認できるもの（領収書）の添付	受付者印
	<input type="checkbox"/> 口座振込み <input type="checkbox"/> 現金（本庁窓口支払い）	

以下記入不要

既支払済額	1食 ( ) 円 × ( ) 食	=	円
減額対象額	1食 ( ) 円 × ( ) 食	=	円
支給額		=	円