

国民健康保険食事療養標準負担額減額差額支給申請書

記号番号	浦国									
減額対象者	氏名					性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			
	生年月日	明・大 昭・平	年	月	日	世帯主 との続柄				
減額認定証の交付を(<input type="checkbox"/> 受けている <input type="checkbox"/> 受けていない) ※ 交付を受けている場合は、下記を記入してください。 発行年月日：平成 年 月 日 長期該当年月日：平成 年 月 日										
食事療養を受けた医療機関等	名称									
	所在地									
入院期間(日数) ※ 差額支給の対象である期間を記載すること	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで (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)								
減額認定証の交付申請又は提出ができなかった理由										

振込口座情報 (※世帯主名義の口座を指定してください。)										
金融機関	名称	銀行・農協 信金・()				支店	名称	支店・本店 出張所		
	コード	※4桁の番号					コード	※3桁の番号		
預金種別	1.普通 2.当座 3.貯蓄				口座番号					
名義人 カナ氏名										
振込口座がゆうちょ銀行の場合は、下記を記入してください。										
ゆうちょ銀行	記号	1			0	※	番号			
※ 6桁目がある場合に「※欄」に記入してください。										
口座名義人カナ氏名										

浦添市長 殿 平成 年 月 日

上記のとおり食事療養標準負担額減額差額支給申請をします。

世帯主住所 _____

世帯主氏名 _____ ⑤ 電話番号 _____

①支払った食事療養標準負担額	②減額後の食事療養標準負担額	③支給決定額 (①-②)
円	円	円

このとおり 支給 ・ 不支給 を決定してよいか。		課長	係長	担当
決定年月日	支給年月日			