

様式第8号 (第13条の2関係)

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					
食事療養を受けた被保険者	氏名		生年月日	年 月 日	男・女
	世帯主との続柄		個人番号		
減額認定証の交付を受けている者		発行年月日	年 月 日		
		長期該当年月日	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	日間		
		年 月 日まで			
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					
上記のとおり申請します。 年 月 日					
住所		〒501-			
郡上市					
世帯主 氏名		Ⓜ			
電話番号		0575 ( )			
個人番号					
郡上市長 様					
振込先金融機関	預金種別	口座番号	口座名義人 (フリガナ)		
銀行	当座				
信用金庫 支店					
農協	普通				

食事療養標準負担額減額差額の算定基準 (市処理欄)			
食事療養を受けた日数	既支払額	標準負担額差額の計算	支給額
年 月 日まで		ア ( - ) × 日 =	
年 月 日まで		イ ( - ) × 日 =	
の内 日間		ウ ( - ) × 日 =	
		エ ( - ) × 日 =	
	円	オ 不支給の場合 理由 ( )	円