

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 世帯主 氏 名 電 話 番 号 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 信用金庫 支店 農 協	当 座 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 年 月 日まで の内 日間	円	ア（ － ）× 回＝ イ（ － ）× 回＝ ウ（ － ）× 回＝ エ（ － ）× 回＝ オ 不支給の場合 理由（ ）	円