

# 国民健康保険食事療養費標準負担額差額支給申請書

(1) 被保険者証記号番号	奈 6 -		
(2) 入院時に食事療養を受けた者の氏名・生年月日等	(フリガナ)		
	生年月日	昭・平・令	年 月 日

(3) 食事療養を受けた期間及びその保険医療機関等			
①	年 月 日から 年 月 日まで	日間	名 称 所 在 地
	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			
②	年 月 日から 年 月 日まで	日間	名 称 所 在 地
	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			

上記のとおり食事療養に要した費用に関する別紙証拠書類を添えて申請します。

令和 年 月 日

世帯主 住 所 桜井市

氏 名

桜井市長 松井 正剛 様

受領方法	<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する			
	<input type="checkbox"/> 振込口座を指定する(世帯主名義の口座に限る)			
	銀行 信金 農協	本店 支店	預金種目 普通・当座 口座番号	(フリガナ) 名 義

※市処理欄	減額認定証	交付済: 年 月 日・未交付	長期認定	済: 年 月 日・未	
	差額支給	可: イ (550 - 270)円 × ( )回 = ( )円 却下 (理由) ロ (550 - 130)円 × ( )回 = ( )円 ハ (270 - 220)円 × ( )回 = ( )円 ニ (220 - 130)円 × ( )回 = ( )円 ホ (270 - 130)円 × ( )回 = ( )円 ヘ (550 - 220)円 × ( )回 = ( )円 ト (550 - 330)円 × ( )回 = ( )円			
	支給・却下・年月日:		年 月 日		