

国民健康保険食事療養費標準負担額減額差額支給申請書

被保険者証記号番号		四国中央 ー		令和 年 月 日	
世帯主	住所	四国中央市			
	氏名				
減額対象者	氏名	<input type="checkbox"/> 世帯主	生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日	
	個人番号		世帯主との続柄		
減額認定書の交付を受けている者		申請年月日		年 月 日	
		長期該当年月日		年 月 日	
入院期間（日数）		年 月 日 ～		年 月 日 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）				円	
減額認定書の交付申請又は提出ができなかった理由					

備考：入院期間の欄は、差額支給の対象である期間を記載すること。

上記のとおり申請します。

四国中央市長 様

住 所

申請者 氏 名

電話番号

振 込 先	<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する（世帯主口座のみ） 注 利用する場合は口座情報の記入は、不要です。		
	金融機関名	銀行 金庫 農協	本店 支店 支所
	預金種別 口座番号	普通 ・ 当 座	
		口座名義人 (フリガナ)	

次のとおり支給決定してよろしいか。

標準負担額差額の計算	支給決定額
イ. (460 - 210) 円 × () 食 = 円	円
ロ. (210 - 160) 円 × () 食 = 円	
ハ. (460 - 160) 円 × () 食 = 円	
ニ. (-) 円 × () 食 = 円	

決定区分 1. 承認する 2. 承認しない