

記入例

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

赤字部分を参考にご記入ください。

被保険者証記号番号		四国中央 - 00000000		令和 〇 年 〇 月 〇 日	
世帯主	住所	四国中央市 三島宮川4丁目6番55号			
	氏名	四国 太郎			
減額対象者	氏名	四国 花子	生年月日	昭和 平成 令和	30年4月1日
	個人番号	0000 0000 0000	世帯主との続柄	妻	
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 四国中央市三島宮川4丁目6番55号

申請者 氏名 四国 太郎

電話番号 0896-28-6020

振込先	<input checked="" 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。		本店 支店 支所 (フリガナ)	口座名義人
	金融機関名	〇〇 銀行 〇〇 農協		
	預金種別 口座番号	普通 ・ 当座 1234567	四国 太郎	

公金受取口座以外を希望する場合は必ず記入してください

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			
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