

大村市国民健康保険食事療養標準負担額差額支給申請書

記号	大村	番号						適用区分	才・低Ⅱ・低Ⅰ
減額対象者								適用日	R年 月 日
生年月日		S・H・R年 月 日						長期該当日 (91日目)	R年 月 日
個人番号								長期適用日 (申請日の翌月1日)	R年 月 1日
診療を受けた医療機関等									
診療を受けた医療機関の所在地									
入院日数		年 月 日 ~ 年 月 日 (日間 : 回)							
入院に際して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、減額認定証を提出できなかった理由 1. 減額認定申請前の入院であったため 2. 減額認定世帯で長期入院該当の申請前であったため 3. 医療機関に減額認定証を提出し忘れたため 4. その他()									
金融機関名		銀行・農協 労働金庫 信用金庫						支店 出張所	
口座種別		1. 普通 2. 当座		口座番号					
口座名義人 (世帯主) * カタカナ記入									
上記のとおり関係資料を添えて国民健康保険食事療養標準負担額差額の支給を申請します。 令和 年 月 日 住所 大村市 世帯主 氏 名 個人番号 大村市長 様 電話番号 — —									
委任状	令和 年 月 日 世帯主 氏 名 私は、下記の者を代理人と定め、食事療養費標準負担額差額支給申請に関する受領を委任します。 住所 代理人 氏 名 続 柄								
差額支給	イ (—) 円 × () 回 = () 円								支給額合計 円
	ロ (—) 円 × () 回 = () 円								
	ハ (—) 円 × () 回 = () 円								