国民健康保険食事療養費差額支給申請書

大町町長　様　　令和　　年　　月　　日申請

減額対象者	被保険者証記号番号	大ー		
	氏名			
	生年月日			
	個人番号			
	食事療養を受けた保険医療機関等 所在地			
	食事療養を受けた保険医療機関等 名称			
	診療年月	令和　　年　　月　診療		
	入院日数等	入院日数　　日間　食事回数　　回		
	入院期間に受けた食事療養に対し支払った額	円　×　　日　＝　　円		
	減額認定証の交付申請又は提出ができなかった理由			
	1．翌月１日より長期該当のため	3．課税区分の変更のため		
	2．病気療養中のため	4．その他（　　）		

（申請者）世帯主	住所			
	フリガナ			
	氏名	印		
振込先	取引金融機関と口座番号	銀行・信用金庫　本店・支店 農協・信用組合　営業部・支所		
		普通・貯蓄・当座　No.		
	（フリガナ）口座名義人			
負担区分		非課税・低Ⅱ 長期該当　非該当		
支給決定額	入院期間	年　月　日から 年　月　日まで		
	（　－　）円　×　　回　＝　　円			
	（　－　）円　×　　回　＝　　円		差額支払額	
	計　　円		支給決定日　令和　年　月　日	
			円	

課長	課長補佐	係長	決定伺	担当	受付
			令和 年　月　日		