

国民健康保険 (食事・生活) 療養標準負担額差額支給申請書・請求書

* 太枠内をご記入ください

被保険者証記号番号		長国	減額対象者名	【生年月日】 年 月 日 (世帯主との続柄:)
標準負担額減額認定証交付年月日	年 月 日	標準負担額減額認定証適用年月日	年 月 日	
長期入院該当年月日	年 月 日			
療養を受けた保険医療機関	名称			
	所在地			
入院期間 (日数)		年 月 日 から	年 月 日 まで	日間
入院期間に受けた療養に対し支払った額 (標準負担額)		円		
○標準負担額減額認定証の交付申請又は提出できなかった理由 1. 標準負担額減額認定証が交付される前の入院だったため 2. 入院中に長期入院該当となったため 3. その他 ()				
上記のとおり関係資料を添えて国民健康保険 (食事・生活) 療養標準負担額差額の支給を申請・請求します。 なお、私 (申請者) と口座名義とが異なる場合には口座名義人を代理人と定め、口座振替の方法により (食事・生活) 療養標準負担額差額支給を受領する一切の権限を委任します。 年 月 日 住 所 河内長野市 世帯主 氏 名 河内長野市長 様 電話番号				
金融機関名	銀行 信用金庫 農協 ()	支店名 (ゆうちょ銀行は、 3桁の店番)	支店 (普通・当座)	
口座番号 (7桁)		口座名義 (カナ)		
河内長野市会計管理者 様				

処理欄	イ. (460 - 210)円 × ()食 = ()円	一 般 ・ 退職
	ロ. (460 - 160)円 × ()食 = ()円	
	ハ. (460 - 100)円 × ()食 = ()円	
ニ. (210 - 160)円 × ()食 = ()円	低 I ・ 低 II ・ 才	
ホ. (-)円 × ()食 = ()円	受付者:	
差額支給決定額 ()円		
対応メモ1	対応日: 年 月 日	対応者: 対応: (完・未)
	備考:	
対応メモ2	対応日: 年 月 日	対応者: 対応: (完・未)
	備考:	